FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges-Louis FONTAINE
Né à Granville, le 6 avril 1876

DE LA

MYOMECTOMIE

AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

Accoucheur de l'hôpital Beaujon

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

353

MONSIEUR LE PROFESSEUR POIRIER

(*In memoriam*)

MONSIEUR LAUNOIS

Professeur agrégé

Médecin de l'hôpital Lariboisière

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGENDRE

Médecin de l'hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CUNÉO

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL SAINTON

Médecin des Hôpitaux

A MES PREMIERS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

EN PARTICULIER A

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAYOT

MEIS ET AMICIS

Les cas de fibromyomes de l'utérus chez des femmes jeunes n'ayant pas atteint trente ans semblent peu nombreux dans la littérature médicale.

Sauf de rares exceptions, les fibromes utérins se développent surtout depuis l'âge de trente ans jusqu'à la période de la ménopause.

Leur fréquence, pendant une longue période de l'activité génitale de la femme, présente un intérêt capital au point de vue de l'évolution des grossesses possibles. Tantôt la grossesse suivra son cours sans incident : la présence du fibrome n'arrête pas le développement de l'œuf. Tantôt il y a menaces d'avortement ou apparition de complications : telles une hémorragie, une torsion du fibrome pédiculé.

D'autre part, la grossesse modifie toujours l'évolution des fibromyomes. Elle donne un coup de fouet aux tumeurs fibreuses qui augmentent de volume.

Les rapports des fibromes et de la gravidité ont été étudiés par beaucoup d'auteurs. Ceux-ci se sont efforcés de déterminer la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée de fibrome, et de poser les indications d'une intervention obstétricale ou chirurgicale. Dans ces ouvrages, le traitement chirurgical est envisagé comme un pis-aller. Il doit rester un traitement d'exception auquel il faut avoir

recours en dernier ressort. Cette manière de voir s'explique aisément si l'on considère que les méthodes chirurgicales proposées et discutées sont radicales. L'opération de Porro, l'hystérectomie totale ou sub-totale précédées ou non de l'opération césarienne, ne laissent plus à la femme l'espérance de grossesses futures.

Par contre, la myomectomie laisse, en principe, la grossesse en évolution suivre son cours normal, et conserve l'utérus. Cette opération signalée par les auteurs n'a pas attiré longuement leur attention.

Nous avons pensé réunir dans un travail d'ensemble quelques observations de myomectomie pour fibromes au cours de la grossesse. Après un historique rapide de la question, nous nous efforcerons de déterminer les indications générales d'une intervention au cours de la grossesse, de préciser les indications spéciales de la myomectomie, de signaler ses avantages, ses inconvénients, et de faire valoir ses résultats.

L'idée de ce travail nous fut inspiré par notre maître, M. le Dr Chifolian, qui eut l'occasion d'assister le professeur Poirier au cours d'une myomectomie pour fibrome gravidique. Lui-même tenta cette intervention avec succès dans un cas analogue. Nous remercions M. le Dr Chifolian des conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Je remercie M. le professeur Ribemont-Dessaignes du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Je tiens aussi à remercier mon bon camarade M. Marais, interne des hôpitaux, qui a bien voulu m'aider dans mes traductions et la recherche de mes documents.

DE LA

MYOMECTOMIE

AU COURS DE LA GROSSESSE

HISTORIQUE

La question d'une intervention chirurgicale au cours d'une grossesse compliquée de fibromes, fut très controversée : les uns étaient abstentionistes, c'étaient presque tous des accoucheurs qui avaient vu des grossesses dans un utérus fibromateux évoluer à terme et l'accouchement se faire sans incident ; les autres étaient interventionistes à outrance, presque tous chirurgiens qui avaient été appelés près des malades dans des cas graves et qui avaient vu des accidents menaçants pour la vie de la mère et l'évolution de l'œuf.

La discussion de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris en 1901, précise les conditions de toute intervention pendant la gestation pour fibrome gravidique. Il ressort de cette discussion « que les femmes enceintes atteintes de fibromes ont le plus souvent une grossesse exempte de complica-

tions qui évolue jusqu'au terme malgré le volume excessif de certains fibromes ; que, par conséquent, l'intervention au cours de la grossesse compliquée de fibrome doit être exceptionnelle et motivée seulement par l'apparition d'accidents graves ; que cependant il ne faudra pas attendre une gravité des accidents telle, que ceux-ci soient au-dessus de nos moyens thérapeutiques. »

En France, ces conclusions furent adoptées par les accoucheurs Pinard, Bar, Ribemont-Dessaignes, Lepage. Ils furent suivis par un certain nombre de chirurgiens : Routier, Quénu, Delbet, Segond, Monprofit, Delagenière, Pozzi. Ce dernier écrit : « L'expectative est une règle à peu près absolue : alors même que durant la grossesse, le volume, la situation, l'immobilité de la tumeur donneraient l'assurance que l'accouchement sera laborieux, voire même impossible, on ne sera pas autorisé à sacrifier l'enfant. Il faudra attendre le terme de la grossesse ou le début du travail ; c'est alors seulement suivant les circonstances qu'on se décidera à intervenir. L'intervention n'est légitimée pendant la grossesse que quand surviennent des accidents graves pouvant compromettre la vie de la malade... Ces accidents présentent au point de vue de l'intervention une importance très inégale. Les troubles de compression, les hémorragies sont ceux qui le plus souvent conduisent à l'opération. Les autres ne sont importants qu'en raison de leur retentissement sur l'état général. Quoi qu'il en soit, lorsque la situation

paraît dangereuse, lorsque la vie de la femme semble directement menacée, il ne faut plus temporiser, il faut intervenir d'urgence. »

En Allemagne, l'opinion des principaux gynécologues, Hofmeïer, Olshausen, Wertheim est conforme à celles des accoucheurs français. « L'indication d'une opération pendant la grossesse est extrêmement rare et à supposer qu'en certains cas une opération devienne nécessaire, dit Hofmeïer, on pourra différer le choix de l'intervention jusqu'à la fin de la grossesse. »

Cependant quelques auteurs considèrent encore que la coexistence de fibrome et de grossesse, même en dehors de tout accident grave, est un danger dont il faut délivrer la femme.

En France, il faut citer parmi les interventionistes : Richelot, J. L. Faure, Schwartz, Condamin qui posent pour la femme le principe de « l'état de légitime défense ».

Les Américains sont volontiers interventionistes. Marx écrit : « toutes complications venant du fibrome doivent être traitées chirurgicalement. »

Dans l'histoire des interventions chirurgicales au cours de la grossesse, quelle place est faite à la myomectomie ?

Nous rappellerons tout d'abord que la myomectomie vaginale fut tentée pour la première fois au cours de la grossesse, vers 1856, par Hauck, Danyau, Ogden, Mayo Robson, Vautrin ont ensuite énucléé de volumineux fibromes par la voie vaginale. La myomec-

tomie abdominale tentée avant l'apparition de la méthode listérienne, abandonnée à cause des nombreux accidents, puis vulgarisée vers 1873 par Martin de Berlin fut appliquée au traitement des fibromes compliqués de grossesse dès qu'elle entra dans la pratique chirurgicale. Péan, le 15 décembre 1874, pratique une myomectomie chez une femme enceinte de cinq mois pour une tumeur fibro-kystique. La malade guérit mais avorta dès le lendemain de l'opération.

En France, le deuxième cas de myomectomie au cours de la grossesse, rapporté dans la littérature est celui de Routier qui fit sa communication à la Société de Chirurgie en 1886.

En Allemagne, l'opération est tentée souvent, dès sa vulgarisation, par Thornton, Schroder, Stüdgaard, Frommel, Martin. En 1887, Olshausen et Elheridge présentent plusieurs cas de myomectomie abdominale au cours de la grossesse.

En Amérique, la première myomectomie abdominale fut faite par Ogden, en 1885. Il fut suivi par Gordon, Homann qui publient leur observation en 1880.

De 1890 à 1900, les chirurgiens, tant en France qu'à l'étranger, pratiquent fréquemment la myomectomie pour fibromes gravidiques au cours de la grossesse. On relève dans la littérature 36 observations. Les résultats pour la mère et pour l'enfant sont très variables; mais il semble qu'au fur et à mesure que les règles d'asepsie se précisent et que

la technique chirurgicale se perfectionne, les suites opératoires soient moins sévères pour la mère et l'avortement moins fréquent.

Depuis 1900, nous avons recueilli dans les ouvrages que nous avons consultés pour notre travail, 27 cas seulement de myomectomie au cours des grossesses compliquées de fibrome. Sauf une ou deux exceptions, les résultats opératoires furent excellents, la malade guérit ; sa grossesse arriva à terme normalement et l'accouchement se fit dans de bonnes conditions. Deux raisons peuvent expliquer le petit nombre de cas d'opération conservatrice relatés : ou bien la myomectomie étant considérée comme une opération facile, les chirurgiens et les accoucheurs ne prennent plus souci de publier leurs résultats ; ou bien, depuis la discussion de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, en 1901, les indications de la myomectomie ont été précisées et cette intervention est tentée plus rarement.

Il nous semble intéressant de relater les opinions des auteurs français et étrangers sur la myomectomie.

Pour Pozzi, « la myomectomie au cours de la grossesse est une opération d'exception qui ne doit être faite qu'en vertu d'une indication impérieuse. Elle doit être pratiquée avec des précautions spéciales. La grossesse peut continuer à évoluer et l'accouchement se fait à terme ».

Quelques auteurs se sont attachés à préciser ses indications spéciales. Au premier rang de celles-ci,

il faut citer la torsion des fibromes utérins sous-péritonéaux. Piquand et Lameland dans un article de *la Revue de Gynécologie* (1909) écrivent : « Lorsque la torsion se produit chez une femme enceinte, une intervention chirurgicale immédiate nous paraît indiquée : en présence d'une torsion à évolution lente ne s'accompagnant pas de signes réactionnels bien accusés on peut être tenté d'attendre la fin de la grossesse avant d'intervenir ; une pareille conduite nous paraît dangereuse pour la mère et pour l'enfant. »

Blanchard relate dans sa thèse l'opinion du professeur Pinard : « Chez toute femme enceinte chez laquelle il se produit une torsion d'une tumeur au voisinage de l'utérus, qu'il s'agisse d'un kyste de l'ovaire, d'un hydrosalpinx ou *d'un fibrome*, il y a intérêt à pratiquer l'ablation de la tumeur, car il est impossible de savoir si ces accidents de la torsion n'amèneront pas des complications redoutables et n'obligeront pas à intervenir d'une manière un peu tardive et dans des conditions moins favorables que celles dans lesquelles on aurait opéré plus tôt. » Le professeur Pinard n'est pas habituellement interventioniste, son témoignage nous a paru précieux.

En 1902, Grosse aux conclusions de sa thèse écrit : « Lorsque chez une femme enceinte, les accidents gravidiques causés par le fibrome menacent la vie de la femme et qu'il y a lieu d'intervenir au cours de la grossesse, on pratiquera, s'il est possible, la myomectomie en laissant l'utérus intact : c'est une intervention de choix. »

En 1907, Burty conseille de pratiquer la myomectomie « toutes les fois qu'elle sera possible », et il esquisse une étude de ses indications au triple point de vue de la situation du fibrome, des accidents qu'il détermine et des risques de l'opération.

La même année Jamain fait un historique rapide de la myomectomie vaginale et abdominale, il précise le moment de choix pour intervenir sans danger pendant la grossesse.

En Allemagne, Laudau, Bnum, Tauffer, Scipiades s'attachent à préciser les indications de la myomectomie vaginale et abdominale. Ils se tiennent dans une sage réserve car ils pensent que pendant la grossesse, tant que le fœtus n'est pas viable, il ne faut pas intervenir que s'il y a danger imminent pour la mère.

Schoepp étudie les complications de la myomectomie abdominale.

Stratz fut d'abord partisan d'une conduite active mais en tenant compte de l'individualité des cas. Ramené à une opinion différente par Hofmeïer et Olshausen, il écrit en 1905 : « la myomectomie ne saurait être indiquée au cours de la grossesse que très rarement et encore on ne serait en droit de la pratiquer qu'après appréciation très attentive de toutes les circonstances particulières au cas de la gestation. »

En Russie, les avis sont très partagés suivant les résultats obtenus : Lembergsky, Jacobson, Jastryembsky, pratiquent volontiers l'ablation des

fibromes gravidiques. Grégorief, Karkouchine, Néjolor ne sont pas partisans de l'opération conservatrice. Dimitri Ott opère tous les fibromes qui progressent. S'il n'existe aucune indication, il n'opère que si la malade le réclame. D'après lui, la grossesse évolue rarement après une myomectomie conservatrice.

Les chirurgiens américains sont très interventionistes. Cependant quelques-uns d'entre eux attendent l'apparition d'accidents menaçants. Ralph Waldo Lobenstine, en particulier, pense que l'ablation du fibrome est rarement indiquée pendant la grossesse ; il est en tout cas, partisan de l'opération conservatrice.

Il semble résulter de cet exposé qu'à l'heure actuelle la myomectomie conservatrice au cours de la grossesse est moins souvent tentée qu'il y a une vingtaine d'années. De l'avis de presque tous les auteurs, elle est rarement indiquée pendant la grossesse ; mais elle comporte des indications précises et elle doit être considérée comme une excellente opération lorsqu'elle est possible et pratiquée en temps voulu.

INDICATIONS GÉNÉRALES

D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE AU COURS DE LA GROSSESSE

Dans les traités de Chirurgie générale et de Gynécologie les auteurs classent les fibromes utérins d'après leur siège et leur évolution anatomiques : ils distinguent des fibromes interstitiels, sous-muqueux et sous-séreux. Cette division répond d'ailleurs à des types cliniques bien définis ayant leurs symptômes propres et s'accompagnant parfois d'accidents spéciaux à chacun d'eux.

Au point de vue obstétrical cette classification toujours exacte en soi, ne tient pas suffisamment compte des modifications anatomiques de l'utérus gravide, Surtout elle semble méconnaître le rôle particulier des différentes parties de l'utérus pendant la grossesse. Vers le sixième, septième mois, chez les primipares, on peut distinguer sur l'utérus gravide le col, le corps, et interposé entre eux le segment inférieur.

Le segment inférieur se définit cliniquement. « cette partie de l'utérus qui, dans les cas normaux, et à la fin de la grossesse coiffe entièrement ou en

partie la tête de l'enfant, qui, pendant l'accouchement, est amincie, distendue et enfin passive, qui se continue en haut avec la musculature du corps, masse épaisse et contractile. »

Aussi les accoucheurs distinguent-ils : *des fibromes du corps* se développant librement dans la cavité abdominale et ne prenant qu'exceptionnellement contact avec les parois de l'excavation pelvienne ; *des fibromes du col*, dystociques au moment du travail ; *des fibromes du segment inférieur* qui déterminent des complications graves pendant tout le cours de la grossesse, qui favorisent les présentations vicieuses du fœtus et s'opposent le plus souvent à l'engagement de la présentation.

Il y a des cas, où cliniquement, les indications opératoires ne sont pas discutables : chaque fois qu'un accident grave menace la vie de la mère et l'évolution de l'œuf, il faut intervenir :

Les fibromes du corps à évolution sous-séreuse, quelquefois sessile, souvent pédiculée, peuvent donner lieu à des accidents de torsion et à un syndrome de réaction péritonéale.

Accidents de torsion. — Cette complication peut se présenter suivant deux types cliniques.

Dans la torsion brusque, les symptômes sont dramatiques. La douleur violente en coup de poignard, presque syncopale, les nausées, les vomissements, le facies péritonéal, la fréquence et la petitesse du pouls

contrastant avec une température normale, font craindre une issue fatale.

Dans la torsion lente, les signes sont peu marqués et l'accident peut passer inaperçu. La femme se plaint de douleurs légères dans l'abdomen se produisant sous l'influence d'une station debout, de la fatigue, après une marche. On constate une sensibilité générale du ventre avec un point douloureux plus accusé au niveau du fibrome.

Mais, d'une part, la torsion lente peut être le prélude d'accidents aigus ; d'autre part, quand ceux-ci se calment ils peuvent apparaître ultérieurement. Une malade de David présenta ainsi une période d'accalmie traîtresse. Une malade de Lepage et Mouchotte présenta cinq crises aiguës successives.

Dans ces conditions, il vaut mieux intervenir, car on peut toujours redouter l'apparition des contractions utérines et craindre l'expulsion prématurée de l'œuf. D'ailleurs, l'examen des pièces anatomiques a montré qu'après torsion du pédiculé on trouvait dans le fibrome des foyers d'apoplexie, des foyers de nécrose susceptibles de s'infecter et de provoquer une réaction péritonéale aiguë.

A l'ouverture du ventre on trouve habituellement un fibrome à pédicule tordu. Mais dans un cas de Lepage, l'utérus lui-même était tordu sur son axe, entraîné par un volumineux fibrome sessile implanté sur la face antérieure de l'utérus, à 3 centimètres au-dessous du fond.

Torsion de l'utérus gravide. — La torsion de l'utérus gravide sous l'influence d'une tumeur fibreuse est un fait assez rare. Nous n'en avons pas trouvé d'autre cas que celui signalé par M. Lepage. D'après cette observation, le tableau clinique était celui d'une torsion banale de fibrome pédiculé. C'est à ce diagnostic que l'on s'était tenu.

Réactions péritonéales. — Les réactions péritonéales occasionnées par les fibromes gravidiques menacent rarement la vie de la femme. Elles peuvent se présenter suivant trois modalités :

La péritonite aiguë est une exception. Elle complique une torsion de fibrome pédiculé ayant provoqué dans la tumeur fibreuse au voisinage de la séreuse un foyer de nécrose infecté secondairement.

La péritonite avec ascite est rare également.

La péritonite avec formations d'adhérences est assez fréquente. Le développement du fibrome provoque une irritation lente, chronique, qui se traduit par des douleurs abdominales parfois assez vives, des vomissements, du météorisme. L'intervention dans ce cas ne semble pas imminente. Mais il faut savoir que dans certains cas les femmes ont présenté des accidents d'occlusion intestinale. De plus, après l'accouchement l'utérus revenant sur lui-même tiraille ses adhérences, déterminant de vives douleurs abdominales. Elles peuvent même les rompre. On a cité le cas de rupture de brides épiploïques s'étant

produites dans ces conditions et ayant donné lieu à une hémorragie grave.

Les fibromes du segment inférieur qui se développent aux dépens d'une partie relativement fixe de l'utérus sont peu mobiles. En s'hypertrophiant dès le début de la grossesse, ils s'enclavent dans l'excavation pelvienne et peuvent comprimer rapidement les organes voisins. *Ces accidents de compression* sont souvent très graves pour la mère.

Compression du rectum. — Quelquefois, la compression est très marquée. On peut observer chez les malades un *syndrome d'occlusion intestinale* : nausées, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et tardivement intestinaux ; arrêt absolu des matières et des gaz. Par le toucher rectal, on sent une tumeur qui déprime la paroi antérieure du rectum et obstrue complètement sa lumière, ne laissant pas le passage du doigt.

Habituellement les accidents ne sont pas aussi graves. La femme se plaint d'une constipation persistante, bientôt opiniâtre et rebelle aux lavements et aux purgatifs. Dans ce cas, il est rare que des troubles digestifs n'apparaissent pas et que l'état général ne s'altère pas.

Monprofit signale le fait : sa malade avait des vomissements incessants, présentait un état d'amaigrissement et de faiblesse extrême. Ces accidents d'ordre général ont été mis sur le compte de la ster-

corémie par certains auteurs, de la colibacillémie par d'autres.

Compression de l'urètre. — Cet organe est comprimé soit par l'utérus qu'une tumeur fibreuse refoule en avant, soit par un petit fibrome de la partie antérieure du segment inférieur, coincé sous la symphyse pubienne.

Tantôt il y a *rétention vésicale incomplète :* les mictions sont impérieuses, fréquentes, pénibles, peu abondantes. Le plus souvent après la miction la malade conserve le besoin d'uriner. Le globe vésical reste appréciable à la percussion au-dessus de la symphyse du pubis.

Tantôt *la rétention est complète.* Toutes les tentatives que fait le malade pour uriner sont vaines. Des douleurs violentes apparaissent. Il faut sonder la malade.

Un nouveau danger est à craindre : l'infection de la vessie et des voies urinaires ascendantes. Le mauvais fonctionnement de l'appareil urinaire crée un état de réceptivité spéciale du rein.

Compression des uretères. — Suivant que l'un des uretères ou les deux sont comprimés, le pronostic est différent.

Dans la compression unilatérale, on peut constater un état douloureux du rein correspondant. Si la rétention rénale est plus accentuée, on peut voir apparaître une uronéphrose qui s'infecte quelquefois secondairement, donnant lieu à une pyonéphrose ou à une pyélonéphrite.

Les compressions bilatérales donnent souvent lieu à des troubles analogues. Mais elles sont surtout la cause d'une complication grave : l'anurie.

Certains auteurs, enfin, font jouer un rôle important à la compression de l'uretère dans la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie.

Compression nerveuse. — L'irritation du plexus sacré par la tumeur fibreuse se traduit par des douleurs siégeant dans le bas ventre, au niveau de la région sacrée et irradiant vers le périnée, les membres inférieurs. Elles sont très variées : tantôt continues, tantôt intermittentes, tantôt légères, elles donnent lieu à une sensation de tension, de pesanteur; tantôt aiguës, elles sont comparées par les malades à des tiraillements. Très souvent elles se présentent sous la forme de crampes et de névralgies. Celles-ci affectent soit un type sciatique, soit un type crural, soit un type obturateur.

Ces douleurs se calment souvent par le repos, s'exagèrent par la marche. Celle-ci peut devenir impossible. Quelquefois la malade doit renoncer à ses occupations journalières et est confinée au lit.

Compression veineuse. — La compression des troncs veineux du petit bassin se traduit par l'apparition de varices au niveau des membres inférieurs, d'œdème, qui peut remonter assez haut sur l'abdomen. Les femmes ont une tendance aux thromboses et il faut toujours craindre l'apparition d'une phlébite.

Ces fibromes du segment inférieur de l'utérus enclavés dans le petit bassin modifient en outre les conditions de la circulation générale. Dans un cas de Delagénière, la malade présentait de la cyanose de la face et des extrémités, le pouls était petit, intermittent. Certains auteurs ont signalé la fréquence des troubles cardiaques et leur gravité dans les fibromes gravidiques.

Les fibromes du col dont l'évolution se fait dans le vagin donnent rarement lieu à des complications graves pendant le cours de la grossesse, quelquefois cependant ils sont la cause d'hémorragies et provoquent l'apparition de contractions utérines pouvant entraîner un avortement.

Ces deux complications : hémorragies au cours de la grossesse et avortement, appartiennent à tous les fibromes, quel que soit leur siège.

En présence *d'une métrorragie*, l'indication chirurgicale est discutable et il est difficile de poser une règle générale. Si celle-ci est subordonnée à l'évolution d'un fibrome du col, le doute n'est pas possible, on doit intervenir. Mais le plus souvent elle est conditionnée par l'existence d'un fibrome interstitiel ou sous-muqueux. Cette dernière variété de fibrome se complique d'une endométrite qui favorise l'hémorragie. Dans ce cas l'intervention chirurgicale serait dangereuse ; on ne saurait tenter une intervention conservatrice sans courir le risque d'un avortement, ou sans se voir dans l'obligation de terminer l'opération par une hystérectomie.

L'avortement dans les cas de fibromes gravidiques reconnaît trois causes principales, ainsi que Lefour l'a montré dans sa thèse d'agrégation : le fibrome peut causer des hémorragies, provoquer des contractions utérines prématurées, former un obstacle à l'extensibilité de l'utérus.

Nous connaissons la valeur des hémorragies en tant qu'indication opératoire. En présence de contractions utérines il vaut mieux s'abstenir immédiatement de toutes tentatives chirurgicales. L'opération aurait peut-être pour effet de hâter l'avortement que l'on désirait éviter. Plus tard, si l'avortement menace à nouveau et dans l'intervalle des périodes où apparaissent les contractions utérines, on pourra tenter une intervention si la tumeur est facilement extirpable.

Si l'avortement est au contraire conditionné par une gêne au développement normal de l'utérus, l'intervention semble moins discutable. Il faut mieux intervenir ; mais à condition que la tumeur semble d'accès facile. Il est toujours regrettable qu'une opération commencée avec l'espoir de conserver l'utérus se termine par l'ablation de l'organe. Tandis que l'on pourra enlever sans hésitation un fibrome du col et même un fibrome pédiculé du fond de l'utérus, il faudra se tenir sur une précédente réserve pour décider d'une intervention sur un fibrome du segment inférieur dont il est toujours difficile d'apprécier les connexions avec l'utérus et les organes voisins.

Il se peut que cliniquement les fibromes utérins, au cours de la grossesse n'entraînent aucune complication menaçante pour la vie de la mère et l'évolution de l'œuf. Seulement la tumeur fibrome, par son volume ou son siège, peut faire craindre l'apparition ultérieure d'accidents graves, et surtout être une cause de dystocie au moment de l'accouchement. Dans ce cas faut-il tenter une intervention.

Volume. — Les fibromes participent à l'accommodement structural des parois de l'utérus à l'état de gravidité. Ils augmentent de volume sous l'influence d'une plus riche vascularisation, d'une infiltration œdémateuse, et d'une hypertrophie des éléments fibro-musculaires et surtout musculaires. Mais il n'y a pas seulement l'hypertrophie cellulaire: il y a encore hyperplasie et apparition de cellules de néoformation ainsi que l'a montré Cornil. Les fibromes du corps et du segment inférieur s'accroissent surtout au début de la grossesse dans les trois premiers mois ; les fibromes du col vers la fin de la grossesse.

En même temps qu'ils se développent les fibromes s'assouplissent suivant l'expression de Depaul. Ils se ramollissent et donnent à la main une sensation de pseudo-fluctuation. Ils se laissent en quelque sorte étirer et laminer. Ces faits peuvent expliquer la tolérance parfaite que présentent certaines femmes atteintes de fibromes utérins pendant toute l'évolution de la grossesse. Au moment même de l'accouchement, certains fibromes enclavés dans le petit bassin

se laissent aplatir et n'entraînent aucune dystocie. La plupart des accoucheurs se basent sur ces faits pour déconseiller toute intervention au cours de la grossesse ou tout au moins pour la reporter au début du travail, s'il y a lieu. De fait les fibromes du segment inférieur et du col peuvent, par leur volume, entraîner la dystocie.

Dans certains cas cependant le coup de fouet donné au fibrome par la gestation a nécessité une intervention. Dans une observation de Bar, il s'agissait de fibromatise à marche galopante. Dans un cas de Potocki et Sauvage l'hypertrophie rapide et précoce entraîna des accidents très graves qui décidèrent une intervention.

Siège. — « La gravité du fibrome, dit Bar, dépend encore de la situation de la tumeur et de son lieu d'implantation.

Les fibromes du corps utérin ont une évolution ascendante parallèle à celle de l'utérus et à moins de complications ne nécessitent pas d'intervention.

Quelquefois il peuvent s'enclaver dans le petit bassin. C'est là presque toujours une situation passagère ; vers la fin de la grossesse ils remontent dans l'abdomen spontanément. Ils sont d'ailleurs facilement réductibles par le toucher vaginal. Ont-ils contracté des adhérences avec les organes ou les parois de l'excavation pelvienne, ils doivent être traités comme des fibromes du segment inférieur.

Les fibromes du segment inférieur, surtout ceux

développés aux dépens de la partie antérieure de ce segment de l'utérus, entraînent de grandes difficultés pendant la grossesse à l'évolution du segment inférieur et gênent ainsi l'engagement de la présentation fœtale, pendant l'accouchement où ils sont cause de la dystocie. Il semble donc qu'il y ait intérêt à traiter ces fibromes chirurgicalement pendant la grossesse.

Les fibromes du col s'énuclent quelquefois spontanément au cours du travail. Mais quand ils persistent, ils constituent dans la cavité vaginale un obstacle sérieux.

Somme toute, s'il ne faut pas se montrer trop hâtif dans la décision d'une intervention et s'il ne faut l'accepter qu'à bon escient, on doit toujours s'attacher à reconnaître les cas où elle s'imposera.

INDICATIONS PARTICULIÈRES

DE LA MYOMECTOMIE PENDANT LA GROSSESSE

« La myomectomie, dit Grosse, est une opération de choix qui doit être tentée toutes les fois où elle est possible ; elle permet de conserver la grossesse, en mettant un terme aux accidents qui menacent de l'interrompre et en supprimant le fibrome. » Cette intervention, applicable à des cas déterminés, comporte donc des indications spéciales. Celles-ci ne sont pas fournies par l'apparition des accidents graves qui peuvent menacer la mère ; mais par l'examen du fibrome lui-même : son siège, son volume, ses connexions avec l'utérus décident ou non d'une myomectomie. Il faut en outre tenir compte de l'âge de la grossesse. Nous envisagerons chaque variété de fibrome et nous verrons pour chacune d'elles dans quelles conditions la myomectomie est possible.

Les fibromes du col sont presque toujours justiciables d'une myomectomie. C'est à cette intervention qu'il faut avoir recours quand ils se compliquent d'hémorragies ou de menaces d'avortement.

D'ailleurs les tumeurs fibreuses de la portion vaginale du col sont facilement accessibles ; on peut toujours déterminer leurs rapports avec l'utérus.

Les polypes fibreux implantés par un pédicule étroit relativement mobile, n'offrent pas de grandes difficultés à enlever. Leur ablation est d'ailleurs sans danger; on peut la tenter à toutes les périodes de la grossesse.

Les fibromes sessiles qui n'ont pas la mobilité des polypes sont d'un abord moins aisé. Turner dans sa thèse conseille, sauf complication, de différer l'intervention jusqu'au quatrième mois ; avant, l'œuf est mal fixé à l'utérus ; après, le fibrome augmente rapidement de volume. Son extirpation devient plus complexe.

Les fibromes interstitiels développés dans une des lèvres du col, tantôt siègent exclusivement sur le col, tantôt remontent dans le segment inférieur. Dans ces conditions, la myomectomie devient très délicate; elle peut se compliquer d'hémorragie assez abondante, déterminer un avortement.

De plus, il résulte de l'intervention un affaiblissements assez marqué de la lèvre du col et du segment inférieur qui expose à des déchirures et à des ruptures. La conduite à tenir est assez difficile si l'on songe que ces fibromes sont souvent cause de dystasie. Les uns sont tentés d'opérer dès le début de la grossesse, les autres la laissent évoluer et préfèrent

intervenir au début du travail s'il y a lieu et à terminer l'accouchement. Il ne paraît pas possible de poser actuellement une règle générale. En envisageant chaque cas particulier, on décide ou non de la possibilité d'une myomectomie, et de l'opportunité de son moment.

Sur les fibromes du corps peut-on tenter la myomectomie? Il est difficile de trancher cliniquement la question, sauf des cas bien déterminés que nous envisagerons. D'autre part, cette intervention, suivant l'expression de Richelot est plus délicate, plus dangereuse pendant la grossesse que dans l'état de vacuité à cause du ramollissement de l'utérus et du développement des vaisseaux.

En cas de fibrome pédiculé, ayant donné lieu à des accidents de torsion récents ou anciens, on peut délimiter assez facilement la tumeur, préciser son siège, établir ses rapports avec l'utérus. La myomectomie est l'intervention de choix. Dans les observations que nous citons à la fin de nôtre thèse, les auteurs sont intervenus très souvent pour des fibryomes pédiculés. Delagenière fait remarquer que l'extirpation des tumeurs pédiculées du fond ou des faces de l'utérus, après ligature du pédicule, ne présente aucune difficulté. Il conclut : « C'est une opération peu grave ». En effet, ces fibromes pédicules sous séreux peuvent être attirés au dehors sans gros traumatisme pour l'utérus gravide. Leur ablation ne lèse pas profondément le muscle utérin .

Tous les fibromes pédiculés sont-ils justiciables cependant d'une myomectomie ? Nous savons qu'après la torsion de leur pédicule les fibromes sous-séreux subissent rapidement des modifications dans leur structure anatomique et qu'ils peuvent être le siège de suppurations liées à une infection secondaire.

Doit-on extirper simplement ces *fibromes sphacélés, gangrenés ou déjà en voie de suppuration* et laisser évoluer la grossesse. Remarquons qu'il est presque impossible de conclure de l'examen de la malade à l'état anatomique de la tumeur. Les symptômes auxquels la gangrène, la suppuration des tumeurs donnent lieu, c'est-à-dire élévation de la température, réaction péritonéale, mauvais état général, sont rarement rapportés à leur véritable cause. Presque toujours, on fait dans ce cas une laparotomie avec le dessein de pratiquer l'intervention conservatrice. Seul l'examen de la tumeur éveille un doute sur son utilité. La conduite à tenir est difficile à résoudre : s'il est choquant d'enlever un utérus gravide, il faut savoir que la myectomie pratiquée sur un fibrome gangrené ou suppuré expose la mère à des complications graves : péritonite aiguë, infection secondaire de la plaie utérine et même de la cavité utérine.

Nous citerons l'opinion d'un chirurgien américain Marx qui, d'ailleurs, se garde bien de conclure : « Les fibromes gangrenés doivent être traités chirurgicalement par l'énucléation ou l'hystérecto-

mie (1). » Chavannaz intervint pour un fibrome utérin sphacelé au cours de la grossesse. Son observation fut rapportée dans *la Revue de Gynécologie* du mois de février 1911. Nous nous permettons de la citer en entier.

Femme âgée de vingt-cinq ans, habituellement bien réglée et qui, dans des conditions de santé apparente parfaite, se maria au mois d'avril 1910. Au mois de mai, les règles ne se montrèrent pas et la malade éprouva des nausées, de la lassitude générale, de la tuméfaction des seins qui firent croire à un début de grossesse. Le 12 juin, la malade fut prise de violentes *douleurs abdominales,* accompagnées de ballonnement du ventre et d'impossibilité d'uriner. La température était à 39 degrés avec pouls à 110. La palpation montra dans la région hypogastrique et dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite une tumeur dont les contours étaient difficiles à préciser. Le toucher montra un col ramolli. Le corps utérin est volumineux et flanqué en avant et à droite d'une masse assez dure, faisant corps avec lui et ayant à peu près la grosseur d'un petit poing de femme. Cette exploration est très douloureuse.

Les seins sont augmentés de volume, les aréoles anormalement pigmentées. Il y a quelques nausées. On hésite comme diagnostic entre une hématocèle antéro-latérale droite consécutive à un avortement tubaire, et une grossesse dans un utérus fibromateux avec sphacèle. Toutefois les préférences sont en faveur de ce dernier diagnostic.

---

1. *Fibroids tumors and pregnancy Americ. J. of obst.*, n° 2, 1905.

La laparotomie ne put être pratiquée que quelques jours plus tard ; le ventre ouvert, on constate que l'utérus d'apparence gravide, portait sur sa face antérieure, une tumeur arrondie de coloration foncée, tout à fait sessile et ayant les caractères d'un fibrome. Ce fibrome est réuni par de fausses membranes avec le péritoine pariétal et intestinal, au niveau de sa portion inférieure et droite.

On fait une longue incision sur la tumeur et on pratique facilement la myomectomie. Bien que le fond de la plaie utérine ne paraisse constitué que par la muqueuse, la réparation semble possible. Mais avant de la commencer, on fait une section du fibrome extirpé. La tumeur se montre de couleur violacée et noirâtre caractéristique du sphacèle. Dans ce cas on n'osa pas s'en tenir au traitement conservateur et on fit l'hystérectomie subtotale. La malade guérit.

Burty émet l'opinion qu'il faut s'abstenir de pratiquer la myomectomie quand il existe une lésion septique au niveau du fibrome à énucléer.

Les fibromes inclus dans le ligament large, pédiculés ou sessiles sont généralement faciles à extirper. Dans nos observations résumées nous rapportons deux cas de myomectomie pratiquée dans ces conditions : l'un de Guinard, l'accouchement eut lieu à sept mois et demi ; l'autre de Condamin, la femme fit une fausse couche douze jours après l'intervention. Ces auteurs ne mentionnent pas dans leurs observations avoir rencontré de difficultés opératoires. Cependant Delagénière fait remarquer « qu'au point de vue technique un facteur capital intervient,

c'est l'âge de la grossesse. Dans les premiers mois, quand l'utérus est peu volumineux, facile à mouvoir, à sortir au dehors par la plaie abdominale, l'énucléation du fibrome intra-ligamentaire sera facile. L'opétion est simple et par suite peu grave. Mais si l'utérus a acquis un certain volume, à partir du sixième ou septième mois, l'opération sera beaucoup plus difficile, plus compliquée, partant plus grave pour la mère à laquelle elle fera courir plus de risques d'infection et aussi pour le fœtus qui sera plus exposé à l'avortement par suite des manipulations prolongées et des traumatismes de la matrice gravide. »

Les fibromes largement sessiles ou interstitiels relèvent-ils d'une myomectomie? L'opération conservatrice fut tentée plusieurs fois avec des fortunes diverses : Delagénière perdit sa malade neuf jours après l'intervention, Bumm, Lambersky, constatèrent la guérison de leurs opérées qui accouchèrent normalement à terme d'enfants vivants. Malgré d'heureux résultats obtenus quelquefois, l'opinion des auteurs est unanime. Scipiades, dans le fascicule actuel des travaux de Tauffer, consacre un long article aux « myomes et à la grossesse ». Il spécifie les indications de la myomectomie abominale « qui n'est possible que dans les cas de tumeur bien limitée, sous-péritonéale, ou incluse dans le ligament large ». Il passe sous silence les fibromyomes interstitiels. Delagenière rappelle que dans « les tumeurs sessiles largement implantées, l'énucléation comporte des manipulations longues, des ligatures, des sutures

compliquées et minutieuses: elle fait courir les risques de blesser l'œuf; en un mot, par sa technique compliquée, elle expose la malade aux plus grands risques d'infection, et le fœtus aux plus grandes chances de l'avortement». Bar soutient que la myomectomie est moins indiquée dans les fibromes interstitiels du corps utérin que dans les cas de fibromes pédiculés sous-séreux.

Les fibromes du segment inférieur de l'utérus gravide sont de beaucoup les plus redoutables. Tous ne s'élèvent pas au-dessus du détroit supérieur vers la fin de la grossesse, laissant la place à la présentation fœtale : « Tout noyau rétro-utérin intra-pelvien même pédiculé, dit Turenne, s'il est volumineux, risque de trouver un sérieux obstacle dans la présence du promontoire.» Tous ne se ramollissent pas et ne se laissent pas laminer suffisamment. Tarnier estime qu'un fibrome pelvien peut devenir un obstacle sérieux à l'accouchement quand il atteint un volume qu'il évalue arbitrairement, suivant sa propre expression, à celui d'un œuf de poule.

L'ablation de ces fibro-myomes pelviens est-elle possible au cours de la grossesse?

Remarquons tout d'abord, que l'accès sur ces tumeurs est malaisé : l'utérus augmenté de volume, leur situation dans le petit bassin gêne un peu ; mais surtout la partie de l'utérus aux dépens de laquelle se développe le segment inférieur est presque immobile, emprisonné qu'il est par une gangue de tissu cellulaire sous-péritonéal qui constitue le paramètre

et la base des ligaments larges. Au début de la grossesse, alors que le segment inférieur de l'utérus gravide n'est pas encore différencié, les fibromes pelviens ne se laissent pas attirer en haut. Plus tard, au septième mois de la grossesse, alors que normalement le segment inférieur apparaît et s'étire, on aurait quelques chances de les atteindre plus facilement ; mais bien souvent la présence des fibromes pelviens, en particulier ceux qui se développent en arrière et qui empiètent sur l'orifice interne du col, s'opposent au développement normal du segment inférieur.

Toutefois, on a pu, dans certains cas, pratiquer la myomectomie par voie abdominale pour des fibromes implantés sur les parties antérieures et latérales du segment inférieur. Nous en avons rapporté plusieurs cas dans les observations citées à la fin de notre travail. Quant aux fibromes développés aux dépens de la partie postérieure du segment inférieur, surtout ceux qui se prolongent dans le col, ils sont très difficiles à atteindre par l'abdomen. Certains auteurs ont tenté dans ce cas la myomectomie, en prenant la voie transvaginale.

Chaque fois que les chirurgiens se sont risqués à pratiquer une opération conservatrice, ils se sont trouvés en présence de fibromes pédiculés plus faciles à attirer et dont l'ablation entraîne un minimum de délabrement. Par contre, en présence de fibromes sessiles ou interstitiels il vaut mieux s'abstenir : au cours de la myomectomie on peut voir se produire une hémorragie inquiétante, résistant aux tentatives

d'hémostase et qui entraînera une hystérectomie ; même si aucune complication immédiate ne survient, il faut toujours redouter dans les jours suivants un avortement.

La myomectomie au cours de la grossesse doit rester une exception dans les cas de fibromes du segment inférieur enclavés dans le petit bassin. Pour la tenter, il faut ou que la vie de la mère soit immédiatement menacée, ou que l'avortement paraisse imminent et inévitable. Ce dernier accident est une indication péremptoire. L'avortement dans ces conditions comporte des conséquences graves. La délivrance se fait mal : le fibrome favorise la rétention placentaire et l'infection de la cavité utérine. Comme dans le cas de Marois, il faut risquer la myomectomie pour sauver la mère et l'enfant.

Il nous reste à envisager deux questions intéressantes : la myomectomie est celle indiquée pendant la grossesse en cas *de fibromes multiples de l'utérus* et *de « fibromatose aiguë à marche galopante »*.

La fibromatose aiguë à marche galopante, quand il s'agit d'un fibrome à évolution vaginale qui s'hypertrophie presque toujours à la fin de la grossesse, alors que le fœtus est viable, entraîne la myomectomie. Cette intervention expose dans quelques cas la malade à un accouchement prématuré.

Si l'on se trouve en présence de tumeur à évolution abdominale ou pelvienne, qui s'hypertrophient dès le début de la gestation avant que le fœtus soit viable la question est différente. La femme est-elle

menacée d'accidents graves, il faut intervenir quelle que soit l'époque de la grossesse ; mais la myomectomie n'est possible que si la tumeur est facilement énucléable : c'est-à-dire pédiculée ou étroitement sessile. Terrier opéra ainsi une malade qui présentait des nausées, des vomissements, des troubles circulatoires et respiratoires. La tumeur était pédiculée. Il tenta l'ablation du fibrome et la grossesse continua. Potaki et Sauvage trouvèrent une tumeur du segment inférieur et firent une hystérectomie.

Si le développement rapide du fibrome n'entraîne aucune complication sévère : avant quatre mois, on peut faire une myomectomie ; après cinq mois, il faut temporiser et n'intervenir qu'à la fin de la grossesse avant le début du travail.

Lorsqu'après la laparotomie on tombe sur un utérus gravide au niveau duquel se sont développés *des fibromes multiples*, la myomectomie n'est à tenter que sur les plus volumineux d'entre eux, ou sur tous s'ils sont pédiculés et n'entraînent pas de grosses lésions de l'utérus. En pratiquant la myomectomie sur plusieurs fibromes sessiles ou interstitiels, on s'expose à des hémorragies, à ouvrir la cavité utérine, et on affaiblit pour le moins la paroi de l'utérus.

Buum a tenté l'opération conservatrice dans ces conditions, parce qu'il avait promis à la malade de laisser évoluer sa grossesse. Mais il reconnaît que dans ce cas la myomectomie n'est pas à conseiller. Si des complications nécessitent une intervention immédiate, mieux vaut pratiquer l'hystérectomie.

En résumé, la myomectomie est indiquée pour les fibromes du col, les fibromes pédiculés du corps. On peut la tenter dans les fibromes sessiles ou interstitiels du corps; mais avec plus de difficultés et en courant les risques d'un avortement.

Elle est rarement possible sur les fibromes du segment inférieur : il faut, en effet, qu'on puisse les attirer et qu'ils soient facilement énucléables.

DE LA MYOMECTOMIE

PENDANT LA GROSSESSE : SON MOMENT SA TECHNIQUE, SES COMPLICATIONS

Son moment

Il est un facteur primordial qu'on ne saurait méconnaître pour décider à quel moment on tentera la myomectomie, c'est l'âge de la grossesse, le degré de développement du fœtus et par conséquent ses chances de viabilité. Deux cas sont à considérer : ou la grossesse a dépassé le cinquième mois ou la grossesse est encore au début.

Sur un utérus de six à sept mois il ne faut pas intervenir à moins d'avoir la main forcée par des accidents menaçants : troubles de compressions du rectum, de la vessie, des uretères, troubles de l'appareil circulatoire, douleurs violentes, réaction péritonéale, mauvais état général. L'avis des chirurgiens et des accoucheurs est unanime. Il faut donc attendre la fin de la grossesse. Alors, si celle-ci a évolué près du terme, on se rappellera le mot de Bonnaire : « Les fibromes agissent sur la contraction à la manière de

véritables écrans. » « Le travail est long, dit Bar, même si le fibrome ne fait pas par lui-même obstacle à l'accouchement. De plus, sous l'influence de l'irrégularité des contractions, l'utérus fibromateux se déchire facilement. En sorte que la tendance actuelle est d'opérer les fibromes compliquant l'accouchement. »

Avant le début du travail, on énucléera donc les fibromes du col à évolution vaginale; on fera une opération césarienne suivie ou précédée de myomectomie si celle-ci est jugée praticable en cas de fibromes abdominaux ou pelviens.

Avec un utérus de cinq à huit semaines ou de trois à quatre mois la situation est différente. Lorsqu'un gros fibrome, par exemple, bloque le petit bassin, la malade souffre, s'intoxique du fait de la compression urinaire ou intestinale même légère. La femme a devant elle toute une longue période durant laquelle sa vie pourra se trouver sérieusement menacée ; quant à l'enfant il a évidemment des chances de survivre, mais il a plus de chances de succomber. « Il faut opérer dès que la situation devient sérieuse sans attendre que les accidents vraiment graves fassent leur apparition. »

Le moment de choix pour pratiquer la myomectomie est le deuxième ou troisième mois. A cette époque, les accidents, lorsqu'ils existent, commencent et sont peu marqués, l'état général de la femme n'est pas profondément altéré ; l'opération est plus

simple, plus rapidement menée ; l'avortement moins à redouter.

Voies d'accès des fibromes utérins : On peut emprunter trois voies pour atteindre les fibromes de l'utérus : voie abdominale, voie vaginale, voie transvaginale.

Par la voie abdominale on abordera les fibromes implantés sur le fond, le corps de l'utérus, les fibromes inclus dans le ligament large. L'accès des fibromes du segment inférieur sera quelquefois facile quand ceux-ci s'implanteront au niveau des parties antérieures et latérales de cette portion de l'utérus gravide et lorsqu'ils feront saillie au-dessus du détroit supérieur. Mais on aura toujours de la peine à énucléer du petit bassin les fibromes mêmes pédiculés adhérents à la face postérieure du segment inférieur. Cette manœuvre ne sera réalisée qu'en faisant subir à l'utérus gravide des traumatismes parfois considérables.

La voie vaginale conduit directement sur les fibromes du col. Ceux-ci sont d'un abord facile quand ils ne sont pas trop volumineux ou quand ils s'implantent sur une des lèvres du col par un pédicule long et étroit. Leur ablation est un peu plus délicate lorsqu'ils sont sessiles ou interstitiels.

La voie transvaginale avec colpotomie antérieure ou postérieure permet d'arriver sur des fibromes enclavés du petit bassin qu'il eût été impossible

d'enlever par la voie abdominale parce qu'ils butent contre le promontoire en arrière ou la symphyse pubienne en avant. Elle est surtout la voie de choix pour énucléer sans gros traumatisme de l'utérus gravide les fibromes du segment inférieur s'implantant en arrière, en particulier ceux qui se prolongent dans la portion sus-vaginale du col. Ceux-ci en effet sont absolument immobiles, il est impossible de les attirer en haut.

Technique opératoire de la myomectomie pendant la grossesse

Myomectomie abdominale. — Les soins préliminaires sont ceux de toute la laparotomie. On se comportera comme s'il s'agissait d'une hystérectomie, on fera la désinfection du vagin.

Incision médiane sous-ombilicale. On va à la recherche de l'utérus gravide et de la tumeur. Celle-ci est libérée des adhérences qu'elle aurait pu contracter avec les organes voisins, en particulier avec les anses intestinales. Elle est alors extériorisée en évitant de traumatiser l'utérus. Ainsi on se rendra compte de son point d'implantation et de ses connexions avec l'utérus. Le manuel opératoire varie suivant que le fibrome est pédiculé, sessile ou interstitiel.

Fibromes pédiculés. — Le pédicule est mince ou volumineux.

Pédicule mince. — On peut faire l'hémostase préventive en passant dans le pédicule un double fil de catgut et en faisant une ligature entre-croisée en X ; ou bien on sectionne directement le pédicule en le taillant en coin à 2 centimètres de son point d'implantation. L'hémostase est assurée secondairement par quelques ligatures et surtout par la suture des bords de la plaie.

Pédicule volumineux. — Dans ce cas, il est préférable de faire à une distance de son point d'implantation, variable avec sa grosseur, une incision en collerette qui intéresse le péritoine et les couches musculaires superficielles. On décortique au doigt ou avec la pointe des ciseaux courbes la tumeur en suivant son plan de clivage. Celle-ci énucléée, on passe des fils profonds et superficiels qui suppriment tout espace mort et assurent un affrontement exact des lèvres de l'incision.

Fibromes sessiles ou interstitiels. — Incision sur la tumeur de la séreuse et des couches musculaires superficielles. Recherche du plan de clivage. Décortiquer le fibrome en rasant sa surface. Le danger ici est d'ouvrir la cavité utérine dont la tumeur est seulement séparée dans certains cas par la muqueuse.

La cavité a-t-elle été ouverte, faire une suture soignée muco-muqueuse. On poursuit l'opération comme dans les cas où la cavité utérine a été respectée en faisant un capitonnage de la cavité résul-

tant de l'énucléation du fibrome, et en suturant au-dessus la séreuse.

Fibromes intra-ligamentaires. — Pour les aborder, il faut inciser le ligament large sur une étendue en rapport avec le volume du fibrome et autant que possible parallèlement à la direction de la trompe. Le fibrome mis à nu est saisi avec une pince à fixation et décortiqué de l'enveloppe séreuse et du tissu cellulaire sous-péritonéal qui l'entoure. Il faut raser la surface de la tumeur pendant cette manœuvre pour ne pas blesser les grosses veines, les uretères, l'utérine et la vessie. Les vaisseaux qui saignent sont pincés au fur et à mesure.

La décortication terminée, le fibrome tient à l'utérus par un ou plusieurs pédicules. Ceux-ci sont sectionnés et la brèche musculaire fermée par une suture en chaîne. L'espace mort laissé dans le ligament large par l'ablation de la tumeur est hermétiquement fimblé par un capitonnage au catgut qui assure l'hémostase.

Le fibrome enlevé, faut-il drainer la cavité péritonéale. Certains chirurgiens lyonnais drainent systématiquement. Lorsque l'hémostase est parfaite, il ne semble pas qu'il y avait intérêt à laisser un drain ; mais quand, après la réunion des lèvres de la plaie utérine, il persiste un léger suintement au niveau des points de suture, Monod conseille de drainer ou de faire un tamponnement à la Mickuliez.

Myomectomie vaginale. — Les soins préliminaires comportent la désinfection de la voie vaginale.

Fibrome pédiculé. — Le polype est implanté sur une des lèvres, ou implanté à l'intérieur du col mais fait saillie par l'orifice externe de celui-ci. S'il est petit ou de moyen volume, on procède immédiatement à l'ablation : s'il est gros, il faut se faire du jour et le morceler.

L'ablation pourrait se faire par torsion de la tumeur ; il vaut mieux, en se guidant sur les doigts de la main gauche, aller sectionner le pédicule avec une paire de ciséaux courbes. On évite ainsi de traumatiser l'utérus.

Les fibromes sensitifs ou interstitiels d'une lèvre doivent-être morcelés le plus souvent après incision de leur capsule. La cavité créée par l'ablation du fibrome est fermée par un capitonnage.

Myomectomie transvaginale. — On incise transversalement le vagin au niveau de la région occupée par le fibrome. Le col est dégagé jusqu'à découverte de la tumeur, dit Monod. La tumeur est alors enlevée par section de son pédicule, énucléation ou morcellement. Ce dernier procédé est nécessaire dans le cas de fibrome volumineux se laissant difficilement attirer. L'hémostase est assurée comme dans la myomectomie par voie abdominale.

Les soins post-opératoires que comporte toute myomectomie sont variables suivant l'état de la

femme. Mais il faudra toujours faire à l'opérée dans les heures qui suivent l'opération une injection d'un ou deux centimètres cubes de morphine. On prévient ainsi l'apparition des contractions utérines et on peut éviter un avortement.

Complications opératoires immédiates. — Ce sont l'hémorragie et l'ouverture de la cavité utérine.

L'hemorragie est rarement grave. Quelquefois cependant elle peut être assez abondante et paraître inquiétante. Nous avons vu que les grosses hémorragies cessent souvent après un capitonnage soigné de la cavité musculaire occupée par le fibrome. Quand un suintement sanguin persiste, il est exceptionnel qu'il ne l'arrête pas après un tamponnement à la Mickulicz.

L'ouverture de la cavité utérine serait plus grave; elle peut avoir pour conséquence une grosse hémorragie si le placenta est intéressé, une infection de l'œuf, un avortement. Dans quelques-unes des observations rapportées dans notre travail, cet accident n'a pu être évité. Les malades ont guéri et leur grossesse a suivi son cours. Burty, dans sa thèse, soutient que l'ouverture de la cavité utérine n'est le plus souvent qu'une légère complication.

Cependant il est des cas où le chirurgien n'osa pas faire courir à la malade les risques d'une hémorragie où d'une infection utérine. La myomectomie fut alors complétée par une hst érectomie.

Somme toutes, la myomectomie, pratiquée au

début de la grossesse pour un fibrome bien limité, est une opération facile qui fait courir peu de risques à la malade et ménage le plus souvent l'évolution de l'œuf.

RÉSULTATS DE LA MYOMECTOMIE

PRATIQUÉE AU COURS DE LA GROSSESSE

Les résultats de la myomectomie vaginale et de la myomectomie abdominale ne sont pas comparables, il nous faut donc considérer pour chacune de ces interventions, les conséquences qu'elles peuvent avoir pour la mère, pour la grossesse en cours, pour l'accouchement, et pour la possibilité de grossesses ultérieures.

La myomectomie vaginale est considérée par les auteurs comme une opération facile et *sans gravité pour la mère*. Cependant on a signalé dans certains cas l'apparition d'hémorragies secondaires assez abondantes. Celles-ci sont alors sous la dépendance d'une infection coexistante au niveau de la plaie utérine.

L'évolution de la grossesse n'est presque jamais menacée après l'ablation de polypes fibreux qui n'entraîne qu'un minimum de délabrement du col utérin. L'énucléation des fibromes sessiles ou interstitiels d'une des lèvres du col est plus grave ; elle a été suivie d'avortement : soit immédiatement après

l'opération, le traumatisme ayant provoqué l'apparition de contracttions uérines ; soit dans les jours suivants en cas d'hémorragie ou d'infection.

Lorsque la grossesse suit son cours après l'opération, l'accouchement survient en général à terme. Il se passe normalement dans la plupart des cas. Quelques auteurs ont signalé la déchirure du col aminci après une myomectomie faite pour fibromes volumineux ou même pour des fibromes de moyen volume, mais sessiles et interstitiels. Cet accident est surtout à redouter lorsqu'on intervient à la fin de la grossesse, où le col est mou et aminci.

Les statistiques témoignent de l'excellence des résultats de la myomectomie vaginale :

Chahbazian et Pestalozza rapportent 21 cas avec 19 guérisons et 2 morts.

Thumin cite 62 cas avec : 6 cas de mort de la femme et du fœtus ; 11 cas de guérison de la mère avec avortement ; 45 cas de guérison avec continuation de la grossesse.

La myomectomie abdominale est plus grave : Si les suites opératoires sont bonnes en général, on a eu cependant plus de complications qu'après la myomectomie vaginale. Trois accidents peuvent mettre en danger la vie de l'opérée : ce sont les hémorragies secondaires, l'infection, l'embolie.

Les hémorragies post-opératoires sont en général peu abondantes. Le sang se collecte dans le Douglas et forme un hématome qui se résorbe progres-

sivement. A ce moment, les malades peuvent présenter une légère élévation de température alors que le pouls ne se modifie pas et que l'état général reste bon. Il s'agit, en somme, d'une fièvre de résorption sanguine sans gravité.

Quelquefois, plusieurs jours après l'opération, la plaie utérine peut saigner. Ces hémorragies tardives sont plus graves et s'accompagnent d'une altération générale. Elles sont en rapport avec une infection de la plaie utérine. L'hématome collecté dans le petit bassin peut suppurer. La température s'élève, des frissons apparaissent, le pouls s'accélère, l'état général s'améliore.

L'infection est plus rare aujourd'hui qu'autrefois. Elle peut être antérieure à la myomectomie lorsque l'on tente cette opération en présence d'une réaction péritonéale ou lorsqu'on enlève le fibrome alors qu'il présente des lésions de gangrène.

Elle peut être secondaire quand l'asepsie n'a pas été suffisante, la malade présente soit un syndrome de péritonite aiguë, soit le tableau clinique d'une septicémie puerpérale ayant pour point de départ l'infection de la cavité utérine. Celle-ci est quelquefois ouverte au cours de la myomectomie.

L'embolie est une complication moins fréquente mais presque toujours mortelle. Cet accident survient habituellement du cinquième au sixième jour. Si la trombose des sinus utérins relève le plus souvent d'une infection latente, il faut tenir compte

cependant dans sa pathogénie des troubles antérieurs de l'appareil circulatoire. On sait que quelques femmes porteuses de fibromes utérins présentent des accidents cardiaques : chez elles il doit se produire une grosse différence entre les conditions de la tension sanguine avant et après l'opération.

Quel est le sort de la grossesse après la myomectomie abdominale ? D'après les statistiques, elle suit son cours dans la majorité des cas. Quelquefois, la femme fait une fausse couche. L'avortement ne paraît pas être plus fréquent que dans la myomectomie vaginale. D'ailleurs, il peut se faire, dans certains cas, qu'il soit survenu sans l'opération. C'est, d'autre part, après une intervention difficile qu'il faut redouter l'interruption de la grossesse.

Il est évident que la myomectomie abdominale a ses dangers pour la mère et pour le fœtus ; mais les statistiques donnent des résultats si encourageants qu'on n'a pas le droit de renoncer aux bénéfices de cette opération.

Apfelstedst rapporte 32 cas de myomectomie abdominale avec 6 cas de mort ; 26 cas de guérison : quinze fois la grossesse évolua et la femme accoucha à terme, onze fois il y eut avortement ou accouchement prématuré.

Thumin publie 40 cas : deux fois la femme mourut ; trente-huit fois elle guérit : avec 28 cas de grossesse à terme, 10 avortements ou accouchements prématurés.

Turner cite d'abord 33 cas, puis 44 cas de myomectomie abdominale. Sur les 33 cas, il relate 21 guérisons et une mortalité de 36 o/o pour les mères ; de 61 o/o pour les fœtus; sur les 44 cas il constate 40 guérisons : 7 femmes ont avorté, 26 ont accouché à terme, 2 ont accouché à 7 mois 1/2. Il y eut 4 cas de mort. Turner évalue la mortalité maternelle à 9 o/o ; la mortalité fœtale à 21 o/o.

Myomectomies au cours de la grossesse

	De 1874-1900				
	Noms	Date de l'intervention	Mois	Tumeur	Résultats
1	Péan	15 décembre 1874	5e mois	Tumeur fibro-kystique.	Guérison : avortement le lendemain de l'opération.
2	Thornton	4 juin 1879	7e mois	Tumeur pédiculée.	Mort le septième jour.
3	Schroder	16 novembre 1879	4 mois	Tumeurs pédiculées multiples.	Guérison : accouchement normal.
4	Hégar	10 janvier 1880	3 mois	Tumeur pédiculée, péritonite.	Mort le troisième jour.
5	Studgaard	19 décembre 1882	3 mois 1/2	Tumeur pédiculée.	Guérison : grossesse non troublée.
6	Frommel	Décembre 1882	5 mois	Fibrome mou, gros comme une tête de fœtus, signes de péritonite.	Guérison : la grossesse continue.
7	Martin	Mars 1885	6 mois	Myomectomie avec excision cunéiforme d'un fibrome du fond de l'utérus.	Mort le septième jour par hémorragie, suite d'avortement.
8	Landau	1885	3 mois	Myomes de la gross. d'une tête d'enfant à droite, de la grosseur d'un œuf à gauche.	Guérison : accouchement normal.
9	Ogden	Avril 1885	Grossesse non diagnostiquée	Myome interstitiel.	Guérison : avortement douze jours plus tard.
10	Gordon	Octobre 1889	3 mois	Fibrome.	Guérison : grossesse continue.

12	Homann	30 décembre 1889	3 mois	Fibrome du poids de 15 livres.	Guérison : avortement.
13	Berger	1889	4 mois	Deux tumeurs : la plus grosse, volume de deux poings.	Guérison : accouchement normal.
14	Barnes	Cité par Routier, mars 1890.	3 mois	Myome pédiculé.	Mort.
15	Martin	1890	4 mois	Grosse tumeur, face antérieure.	Guérison : avortement le lendemain de l'opération.
16	Martin	1890	3 mois 1/2	Tumeur du fonds de l'utérus à large pédicule.	Guérison : accouchement à terme.
17	Hedenburg - Packard	1890	3 mois	Myomes sous-séreux, vives douleurs.	Guérison : accouchement à terme.
18	Fleischen	1891	3 mois	Deux fibromes pédiculés.	Guérison.
19	Terrier	1891	4 mois 1/2	Fibrome pesant 3.500 grammes.	Guérison : accouchement à terme.
20	Hasden	1891	4 mois	Myome interstitiel.	Guérison : accouchement à terme.
21	Fleischlen	1892	3 mois	Myome pédiculé.	Guérison : accouchement à terme.
22	Rosner	1892	?	Myome interstitiel.	Guérison : avortement.
23	Strauch	1892	4 mois	Myome interstitiel.	Guérison : la grossesse continue.
24	Frommel	1892	6 mois	Myomes nombreux.	Mort le sixième jour : hémorragie.
25	Rosthorn	1892	3 mois 1/2	Fibrome pesant 4 750 grammes.	Guérison.
26	Rosthorn	1892	3 mois	Tumeur sur la corne gauche, périton.	Guérison.
27	Taylor	1892	4 mois	Fibrome de 1.850 grammes.	Avortement gémellaire.
28	Kelly	1892	3 mois	Fibrome de la grosseur d'un œuf.	Guérison : accouchement à terme.
29	Price	1892	5 mois	Fibrome de la grosseur d'une tête de fœtus.	Guérison : accouchement à terme.

Myomectomies au cours de la grossesse *(suite)*

	De 1874-1900				
	Noms	Date de l'intervention	Mois	Tumeur	Résultats
30	Croom	1892	2 mois 1/2	»	Accouchement à 8 mois 1/2.
31	Croom	1892	2 mois	Grosse tumeur.	Mort : mais aortite chronique
32	Croom	1892	5 mois	Grosse tumeur pédiculée.	Guérison : accouchement à terme.
33	Delbet	1892	4 mois 1/2	Fibrome sous-péritonéal adhérent à la paroi.	Guérison : accouchement à terme.
34	Kelly	1892	4 mois	Fibrome sous-péritonéal.	Guérison : accouchement à terme.
35	Guinard	1893	3 mois	Fibrome gros comme une tête de fœtus inclus dans ligament large.	Guérison : accouchement à 7 mois 1/2.
36	Vautrin	1893	4 mois	Fibrome du ligament large.	Guérison : accouchement à terme.
37	Loehlein	1893	?	Fibrome kystique dégénéré.	Avortement.
38	Becking	1893	5 mois	Douleurs, fibrome du volume de deux poings.	Guérison : accouchement à 7 mois 1/2.
39	Lundsgaard	1894	2 mois	Fibrome gros comme deux poings.	Guérison : accouchement à terme.
40	Treub	1894	1 mois 1/2	Tumeur volumineuse.	Guérison : accouchement à 8 mois 1/2.
41	Stavely	1894	5 mois	»	Accouchement à 7 mois 1/2.
42	Engstrom	1894	3 mois 1/2	»	Accouchement à terme.

43	Everke	1894	3 mois 1/2	»	Guérison : avortement quatre semaines après l'opération.
44	Everke	1894	3 mois	»	Guérison : accouchement à terme.
45	Murphy	1895	3 mois	»	Accouchement à terme.
46	Engstrom	1895	5 mois	»	Accouchement à terme.
47	Cheney	1896	5 mois	»	Accouchement à sept mois et demi.
48	Engstrom	1896	3 mois	»	Avortement : guérison.
49	Wallace	1897	2 mois	Deux fibromes sous-péritonéaux calcifiés.	Avortement.
50	Engstrom	1897	5 mois	»	Avortement.
51	Smith	1898	2 mois 1/2	Masses nodulaires.	Guérison : accouchement à terme.
52	Downes	1898	2 mois 1/2	Dix fibromes sous-séreux.	Avortement.
53	Van Hasselt	1898	3 mois	Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus : douleurs.	Guérison : accouchement à terme.
54	O'Shea	1899	5 mois	Fibrome gros comme une orange.	Guérison : accouchement à terme.
55	Delagenière	1899	2 mois 1/2	Grosse tête de fœtus.	Mort.
56	Solowieff	1899	6 mois	Grosse tumeur.	Guérison : accouchement normal.

De 1900 à 1913

1	Berthomier	25 octobre 1901	2 mois	Grosse tumeur : vomissements.	Guérison : accouchement normal.
2	Bouilly	1902	5 mois	Fibrome pédiculé sur le fond de l'utérus.	Mort cinq jours après l'opération.

Myomectomies au cours de la grossesse (*suite*)

De 1900 à 1913

	Noms	Date de l'intervention	Mois	Tumeur	Résultats
3	Routier	1902	6 mois	Fibrome pédiculé : torsion.	Avortement. Mort le cinquième jour.
4	Maygnier	1901	6 mois	Douleurs, fibrome pédiculé : torsion.	Guérison : accouchement à sept mois.
5	Duncan-Emmet	1901	»	Neuf fibromes.	Guérison : accouchement à terme.
6	Condamin	1904	2 mois 1/2	Fibrome pédiculé sur la face postérieure de l'utérus.	Guérison : accouchement à terme.
7	Condamin	1904	2 mois	Fibrome inclus dans le ligament large.	Avortement deux jours après l'opération.
8	Condamin	1904	5 mois	Fibrome sessile de la partie antéro-latérale droite de l'utérus.	Guérison : accouchement à terme.
9	Ribemont-Dessaignes	1904	4 mois	Fibrome pédiculé.	Guérison : accouchement à terme.
10	Doran	1905	2 mois	Tumeur enclavée du petit bassin.	Guérison : accouchement normal.
11	Thorn	1905	3 mois	Tumeur sous-séreuse implantée du côté droit de l'utérus, celui-ci est tordu sur son axe.	Guérison : accouchement à huit mois d'un enfant mort.
12	Poirier	1905	4 mois	Fibrome inséré sur la partie latérale droite de l'utérus.	Guérison : accouchement à terme.

				pédiculés ; l'un d'eux sur la face postérieure et enclavé du petit bassin.	
14	Lepage	1906	4 mois	Tumeur sessile implantée sur la face antérieure de l'utérus : celui-ci est tordu sur son axe.	Guérison : accouchement à terme.
15	Lepage-Mouchotte	1906	4 mois	Fibrome pédiculé, implanté sur la corne droite.	Guérison : accouchement à terme.
16	Lepage	1906	8e mois	Fibrome gros comme le poing, implanté sur la partie latérale droite et inférieure de l'utérus.	Guérison : accouchement normal cinq semaines après l'opération.
17	David	1906	3 mois	Fibrome pédiculé tordu.	Guérison : grossesse continua à évoluer
18	Marois	1906	4 mois 1/2	Deux fibromes sous-péritonéaux.	Guérison : grossesse a continué.
19	Bilhaut	1906	3 mois 1/2	Gros fibrome pédiculé.	Guérison : grossesse continua.
20	Burty	1907	3e mois	Fibrome gros comme une tête de fœtus.	Guérison : accouchement à terme.
21	Joubert	1907	3 mois	Fibrome pédiculé implanté sur la corne gauche de l'utérus.	Guérison : accouchement à terme.
22	Joubert	1907	2e mois	Fibrome pédiculé.	Guérison : grossesse a évolué.
23	Hardouin	1907	»	Tumeur enclavée dans le petit bassin.	Guérison : accouchement à terme.
24	Lembergsky	1911	2 mois	Volumineux fibrome.	Guérison.
25	Lembergsky	1911	4 mois	Fibrome du fond de l'utérus, douleurs.	Guérison : accouchement à terme.
26	Lembergsky	1911	3 mois	Gros fibrome sous-séreux, cinq petits fibromes de la paroi postérieure de l'utérus.	Guérison : accouchement à terme.

Myomectomies au cours de la grossesse (*suite*)

De 1900 à 1913

	Noms	Date de l'intervention	Mois	Tumeur	Résultats
27	Jacobson	1911	4 mois	Quatre fibromes : l'un très volumineux.	Guérison : accouchement à terme.
28	Jastryembsky	1911	4e mois	Grosse tumeur.	Guérison : accouchement à terme.
29	Buum	1911	3 mois	Volumineux fibrome qui remonte à l'ombilic, quatre fibromes de la grosseur du poing.	Guérison : grossesse continue.
30	Herman, Legrand et Baron.	1912	3 mois	Fibrome de 450 grammes.	Guérison : accouchement au neuvième mois.
31	Bar	1912	8e mois	Gros fibrome pédiculé.	Myomectomie : suivie de césarienne.
32	Bar	1913	2 mois 1/2	Gros fibrome pédiculé au fond de l'utérus.	Guérison : pas de renseignements sur l'accouchement.

Enfin nous avons repris et complété la statistique publiée par Jamain, dans sa thèse : nous rapportons tous les cas de myomectomie abdominale que nous avons pu trouver dans la littérature depuis 1874 jusqu'en 1913. Nous établirons notre statistique suivant deux périodes :

De 1874 à 1900

56 cas de myomectomie abdominale.

48 cas de guérison avec :

23 accouchements à terme ;

6 accouchements prématurés : 2 à huit mois et demi ; 4 à sept mois et demi.

13 avortements :

Première opération à cinq mois : tumeur fibro-kystique ;

Deuxième opération à six mois : gros fibrome ;

Troisième grossesse pas diagnostiquée : fibrome interstitiel ;

Quatrième opération à trois mois : fibrome de 15 livres ;

Cinquième opération à quatre mois : grosse tumeur interstitielle ;

Sixième opération à quatre mois : fibrome de 1.850 gr.

Septième opération à trois mois : fibrome volumineux ;

Huitième opération à trois mois : tumeur fibro-kystique dégénérée ;

Neuvième opération à trois mois : gros fibrome ;

Dixième opération à cinq mois : fibromes multiples sous-péritonéaux ;

Onzième opération à deux mois : deux fibromes sous-péritonéaux ;

Douzième opération à deux mois : dix fibromes sous-péritonéaux ;

Treizième opération à deux mois : myome interstitiel.

5 cas : aucun renseignement sur l'accouchement.

7 cas de mort :

2 au septième et sixième jour : par embolie ;

2 au sixième et septième jour : par hémorragie ;

1 d'aortique chronique ;

2 dont la cause n'est pas spécifiée.

Ces femmes avaient été opérées : une au septième mois d'un fibrome pédiculé ; deux au sixième mois pour fibrome pédiculé du fond de l'utérus, et pour myomes nombreux ; deux au deuxième mois pour grosse tumeur fibreuse ; une au troisième mois pour fibrome pédiculé.

De 1900 à 1913

31 cas de myomectomie abdominale.

2 cas de mort :

Première opération à cinq mois : fibrome pédiculé du fond de l'utérus ;

Deuxième opération à six mois : torsion de fibrome pédiculé ;

30 cas de guérison.

26 accouchements à terme.

2 accouchements prématurés : dans l'un l'enfant était mort depuis peu de temps.

Une fois la myomectomie fut suivie de césarienne.

2 avortements :

Première opération à six mois : avortement entraîne la mort ;

Deuxième opération à deux mois : fibrome inclus dans le ligament large.

En comparant ces deux périodes, on voit que de 1874 à 1900 il y a : 90 o/o de guérisons, 46 o/o d'accouchements à forme, 12 o/o d'accouchements prématurés, 14 o/o de mortalité maternelle, 40 o/o de mortalité fœtale ; de 1900 à 1913, 98 o/o de guérisons, 86 o/o d'accouchements à terme, 6,06 o/o d'ac-

couchements prématurés, 6,06 o/o de mortalité maternelle, 5,3 o/o de mortalité fœtale.

La mort de la femme ou l'avortement sont survenus dans la majorité des cas soit que l'on ait opéré tardivement au cinquième ou sixième mois ; soit que l'opération ait été pénible, le fibrome étant très volumineux, ou les tumeurs très nombreuses.

Il nous reste encore à voir le bien fondé de certains reproches adressés à la myomectomie abdominale.

La cicatrice, reliquat d'une myomectomie, peut-elle être une cause de dystocie au moment de l'accouchement ?

Hubbard (dans *l'Amer. J. obst.*, mars 1905, p. 317) rapporte un cas « de section césarienne pour dystocie consécutive à une myomectomie. La femme âgée de vingt-sept ans à laquelle on avait énucléé un fibro-myome de la paroi antérieure de l'utérus, avait eu, deux ans auparavant, un premier accouchement qui fut laborieux et qui, à la suite d'une extraction pénible, se termina par la naissance d'un enfant mort. A un deuxième accouchement où les conditions se présentaient aussi défavorables, l'auteur pratiqua la section césarienne. Au cours de l'opération il constata une zone de tissu cicatriciel, reliquat de l'énucléation antérieure qu'en raison de l'absence d'autres causes il rendit responsable du développement défectueux de la matrice suivant son axe transversal ».

L'interprétation du fait donnée par Hubbard est

peut être vraie. Nous avons recherché d'autres cas analogues dans la littérature médicale, sans pouvoir en trouver. Si ce fait est unique en son genre, il ne constitue pas un argument bien sérieux contre la myomectomie.

Le second reproche est-il mieux établi ; *doit-on redouter une rupture de l'utérus* au cours de l'accouchement après l'énucléation d'un fibrome ?

« L'amincissement de l'utérus, causé par l'ablation d'un fibrome qui n'est pas toujours très nettement pédicule, peut constituer, dit Jeannin, un danger sérieux lors d'une grossesse ultérieure. » Bender pense que les fibromes sous-péritonéaux dont on n'a qu'à sectionner le pédicule pourront être enlevés sans danger, en conservant l'utérus, mais « les myomectomies traumatisantes dans lesquelles on enlève un ou plusieurs corps fibreux interstitiels et où l'on dilacère la paroi utérine profondément, parfois jusqu'au contact de la muqueuse sont dangereuses. Les plaies déchiquetées, anfractueuses, que l'on fait ainsi ne se cicatrisent pas, quelque soin qu'on mette à les réparer et elles laissent forcément un point de moindre résistance. »

Bender a eu l'occasion de pratiquer chez une femme une myomectomie, puis deux ans plus tard d'enlever l'utérus pour d'autres fibromes. Il a remarqué un amincissement considérable de la paroi utérine aux points où la myomectomie avait été pratiquée.

Jeannin fit une « hystérectomie pour menace immi-

nente de rupture utérine au cours du travail dans un cas de fibrome du segment inférieur précédemment énucléé.

Cette femme était devenue enceinte en avril 1910. Le 2 juin, comme elle souffrait du ventre, on l'examine et on lui découvre un fibrome assez volumineux. Le 28 août, au cinquième mois de sa grossesse, myomectomie. Le 23 décembre, la femme entre à la Maternité : à l'examen, on est frappé de l'extraordinaire minceur de la paroi utérine au niveau de la partie antérieure du segment inférieur. Le 4 janvier 1911, la femme entre en travail. La minceur du segment inférieur fait craindre une rupture. On pratique, séance tenante, une hystérectomie totale.

Remarquons que la malade de Bender n'a pas été enceinte : et que Jeannin, de son propre aveu, « ne sait si la zone amincie correspond au niveau où a été pratiquée la myomectomie ».

Dans les observations que nous avons relatées jamais on n'a signalé au moment de l'accouchement des menaces de rupture. Si celles-ci étaient à craindre il faudrait se garder de toute hystérotomie. Or on a pratiqué l'opération césarienne chez des femmes qui ont été à nouveau enceintes et chez lesquelles l'accouchement s'est fait sans menaces de rupture. D'ailleurs l'évolution des plaies utérines après intervention chirurgicale est telle que certains auteurs n'ont pas pu retrouver même histologiquement les traces de la cicatrice.

Enfin, la myomectomie conservatrice en cours de

la grossesse, comme celle pratiquée en dehors de l'état gravidique *ne s'opposent pas à la possibilité de grossesses ultérieures, ni à leur évolution à terme.*

Contrairement à l'opinion des auteurs russes, Karkouchine et Néjolov, l'auteur allemand Engstrom démontre que la gravité est possible après l'énucléation des myomes utérins. Sur 174 femmes qui ont subi la myomectomie, 27 devinrent enceintes ultérieurement et mirent au monde 20 enfants à terme, 7 enfants avant terme.

« Après une énucléation abdominale de myomes de la matrice sous-péritonéaux, dit cet auteur, la conception peut avoir lieu même dans les cas où des fibromes gros ou multiples ont été enlevés et dans lesquels la muqueuse utérine a été réséquée par petits morceaux. Chez les femmes mariées qui ont moins de quarante ans, la grossesse s'observe chez 25 à 30 o/o des opérées ; même dans le cas où la stérilité existait depuis longtemps celle-ci peut disparaître à la suite de l'opération. Cela sous réserve que l'opérée est bien portante dans son appareil génital et que sa santé générale est bonne. A ces conditions, l'utérus peut sans complications héberger l'œuf fécondé et le nourrir. Finalement, il peut de façon normale expulser l'œuf à terme et ensuite se bien involuer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Prise dans le service de M. le professeur Bar, clinique Tarnier.)

Myomectomie pour fibrome gravidique.

Mme V... âgée de vingt-neuf ans, entre dans le service le 15 octobre 1913.

La malade interrogée ne signale rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Elle n'a eu elle-même aucune maladie.

Elle fut réglée à treize ans ; les règles ont été régulières, indolores, d'une durée de quatre à cinq jours chaque fois, jusqu'en 1909.

Depuis quatre ans, les régles surviennent toujours sans douleurs, mais irrégulièrement.

Au mois de juin 1913, la malade a souffert du ventre et a présenté quelques crises de diarrhée : le diagnostic porté fut celui d'entérite.

Au mois de juillet 1913, la malade fut réglée pour la dernière fois : les menstrues ont duré du 29 juillet au 2 août.

Depuis la fin d'août le ventre augmente de volume ; les

seins auraient peut-être augmenté un peu de volume également, dit la malade.

Mais, il y a un peu plus de trois semaines, la malade a souffert du ventre. Ces douleurs qui persistent encore sont légères, sourdes et n'ont pas présenté les caractères de crises violentes. Jamais de vomissements.

La malade présente un aspect rachitique : légère incurvation des deux fémurs ; sternum saillant, palais ogival.

En découvrant la malade, on constate également que les seins ne sont pas pigmentés et que rien ne s'écoule par le mamelon à leur pression.

L'abdomen est soulevé par une tumeur visible à droite de l'ombilic.

Sous la main, on sent à travers une paroi souple et facilement dépressible, cette masse qui est dure, irrégulière, très mobile, ballotant facilement à la palpation. En haut, les limites de la tumeur sont nettes : elle est séparée du foie par une bande de sonorité. En bas on sent mal si la tumeur est oui ou non rattachée aux organes génitaux.

Le toucher vaginal permet de sentir un col long, conique, fermé, un peu ramolli à l'orifice externe.

Le palper bimanuel précise la situation de l'utérus qui est petit, en position normale. On sent la tumeur abdominale par les culs-de-sacs antérieurs et droit, avec ses mêmes caractères de dureté, d'irrégularité et de mobilité.

État général pas altéré : température à 37 degrés; rien aux poumons, ni au cœur.

17 octobre. — La malade est examinée par M. le professeur Bar qui trouve l'utérus gros, gravide ; et confirme

l'existence d'une tumeur dure, mobile, haute, sans doute un fibrome.

19 octobre. — La malade perd un peu de sang. Le col est perméable à l'orifice. On décide l'opération.

20 octobre. — Après une injection de 1 centimètre cube de pantopon, la malade est opérée par MM. Brindeau et Lemeland.

Incision médiane sous-ombilicale. La tumeur se présente immédiatement au niveau de l'incision. Elle est grosse comme une tête de fœtus dont elle a la forme et est très pédiculée. Ce pédicule, du volume du petit doigt, a environ 2 centimètres de longueur. Il s'insère exactement au fond de l'utérus entre les deux points d'insertion des ligaments ronds. Section du pédicule au bistouri en faisant une petite collerette à la base de la tumeur. Hémorragie très modérée, surjet au catgut sur le pédicule ; deux points accessoires au niveau des angles. Il existe autour de l'utérus quelques adhérences très lâches et quelques kystes péritonéaux. On les laisse. L'utérus présente l'aspect d'un utérus gravide congestionné, du volume d'une grosse mandarine Suture en trois plans de la paroi, crins sur la peau

21 octobre. — Au soir, la malade a très peu vomi, bon état général : température à 37 degrés, pouls 80 pulsations par minute : 1 centimètre cube de pantopon.

21 octobre. — Bon état général : 2 centimètres cubes de pantopon matin et soir. La malade a bien dormi. Elle perd très peu de sang par le vagin. Elle n'a pas de douleurs.

22 octobre. — La malade a rendu des gaz, ne vomit plus, perd encore un peu de sang.

1er novembre. — Ablation des crins ; bon état de la suture.

OBSERVATION II

(Prise dans le service de M. le professeur Bar à la clinique Tarnier et dictée par M. Metzger.)

Laparotomie pour fibrome gravidique. — Myomectomie suivie de césarienne

Mme R..., concierge, agée de trente ans, entre daus le service le 1re avril 1912.

Interrogée, la malade nous signale que sa mère est morte d'ictère, que son père est vivant et bien portant ; qu'elle a deux frères dont l'un se porte bien tandis que l'autre a eu une maladie nerveuse pendant six ans. La malade a marché à un an et toujours bien marché. Elle fut réglée à treize ans, mais les règles sont irrégulières peu abondantes, d'une durée de quatre à cinq jours. La malade souffre la veille de leur apparition.

La malade fut sujette à l'urticaire jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans. Elle a eu une fièvre typhoïde et des crises de coliques hépatiques au cours de ses grossesses.

La malade a eu deux grossesses : la première, en novembre 1909. Avortement de deux mois, suites normales ; la seconde, en janvier 1911. Avortement de deux mois vers le mois de mars. Suites normales.

La malade ne se souvient pas exactement de la date de ses dernières règles, mais croit qu'elles datent de juillet. Elle serait dans le huitième mois de sa grossesse actuelle.

Vers le cinquième mois de la grossesse, la malade a remarqué une grosseur dans son ventre. Cette masse se trouvait,

dit la femme, dans l'hypocondre droit. Des douleurs apparurent au niveau de cette région dans le même temps. Un médecin lui conseille de consulter à la clinique. Elle vient au commencement de février. Utérus gravide de sept mois environ. Fœtus vivant mobile. Tumeur du fond de l'utérus. On lui dit de revenir un mercredi matin. Examen de M. Guéniot : grossesse de huit mois, tête élevée, tumeur du fond de l'utérus, fibrome.

Puis elle se présente à nouveau à la clinique. M. Brindeau l'admet en observation au dortoir pour une tumeur du fond de l'utérus.

Actuellement : abdomen volumineux pas très tendu.

Le palper montre que l'utérus est développé comme pour une grossesse de huit mois. Le fœtus est incliné vers la droite. L'excavation est occupée par une masse molle dépressible qui semble un siège mobile. On suit le dos du fœtus situé obliquement de la fosse iliaque gauche vers l'hypocondre droit. Un peu en arrière on sent une masse dure qui semble la tête. L'utérus est peu tendu, pas d'excès de liquide. Bruits du cœur sont perçus à droite de l'ombilic. Dans la région de l'hypocondre gauche une voussure. A ce niveau il y a de la matité sur une zone qui a 10 centimètres dans le sens vertical comme dans le sens transversal.

La palpation révèle l'existence d'une masse dure, arrondie, un peu douloureuse à la pression, extrêmement mobile surtout dans le sens tranversal, il est plus difficile de repousser la masse de haut en bas. Il semble que l'on arrive quelquefois à porter la tumeur vers la région ombilicale, de telle sorte que l'ombilic correspond au centre de la masse. Quand on abandonne la tumeur à elle-même, elle reprend sponta-

nément sa place dans l'hypocondre gauche. Mais cette manœuvre est très douloureuse.

Le région épigastrique est un peu tendue, mais sonore.

Le foie ne semble pas augmenté de volume. On provoque dans cette région une légère douleur en recherchant le ballottement de la tête fœtal qui y est située.

Au toucher vaginal, les parties molles sont peu résistantes. Le toucher est douloureux. D'ailleurs la femme nous dit qu'il y a près de deux mois qu'elle a dû cesser les rapports avec son mari parce qu'elle souffrait.

Le col très mou est situé au centre de l'excavation.

Celle-ci est vide, rien d'engagé. A bout de doigt on sent les petites parties fœtales très mobiles (mouvements actifs).

Pas de pertes blanches.

Cœur et poumons normaux.

La malade dit avoir de fréquentes envies d'uriner, surtout le jour. Elle ne présente pas de signes spéciaux attirant l'attention du côté de la vessie, des uretères, des reins.

La langue est normale. La malade est constipée et a eu quelques vomissements le matin, ces derniers temps.

État général bon ; température oscille au voisinage de 37°5. Le pouls est en rapport avec la température.

14 avril. — Même état. On sent par le palper et le toucher que la tête tend à s'engager. Pas de début de travail. La femme souffre dans la région épigastrique spontanément, mais elle n'a pas à ce niveau de douleurs provoquées par la pression comme précédemment.

18 avril. — Rien de nouveau au point de vue de la grossesse.

23 avril. — La tête fœtale s'engage en O. I. G. A.

24 avril. — La malade est préparée pour l'opération. Lavement purgatif.

25 avril. — Opération est faite par M. le professeur Bar et M. Chirié. Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Incision de 10 centimètres environ. Très facilement le fibrome est énucléé, son pédicule est court, large, et en l'extériorisant il se déchire immédiatement.

On incise la capsule du fibrome à sa partie supérieure, on poursuit l'incision à travers le fibrome. Arrivé à sa partie inférieure, on l'énuclée facilement.

Le pédicule saigne, on essaie de passer des fils sur l'éraillure qui saigne, mais chaque fil fournit un nouveau point qui saigne. Devant ces hémorragies persistantes, on se décide à faire la section césarienne.

Extériorisation de l'utérus, la malade étant placée dans la position inclinée. Incision sur la ligne médiane. Extraction de l'enfant. Délivrance sans accidents. Un petit fibrome apparaît dans la plaie utérine, on l'énuclée. Suture à la soie. Suture de la brèche faite au niveau du pédicule du fibrome, le sang s'arrête. Drainage, suture de la paroi.

En dehors de l'hémorragie du pédicule, aucun incident opératoire. Fille vivante. Poids 2.900 grammes. Délivrance : poids 400 grammes. On fait à la malade deux injections d'ergotine.

25 avril. — Température à 38 degrés. Pouls 134. Mais bon état général. Langue humide. Aucune hémorragie par la place. Pertes vaginales normales. M. Bar refait le pansement. Il est imbibé de sang. Piqûre de morphine.

26 avril. — Bon état général. On refait pansement et on

aspire par le drain. Le liquide examiné ne contient pas de germes, seulement du sang. On fait 300 grammes de sérum à la malade.

Le soir la température est à 38 degrés, le pouls à 120, langue humide. La malade se plaint de tousser. On trouve à l'auscultation quelques râles disséminés. Ventouses, morphine, 200 grammes de sérum.

27 avril. — La malade tousse toujours, elle semble moins gênée pour respirer. Elle dort et repose la nuit. Bon état général. Température à 38 degrés, pouls 110. Lochies rouges.

M. Bar fait le pansement. Il enlève le drain après avoir retiré un peu de sang rouge.

28 avril. — Rien d'anormal, purgation, on serre le fil d'attente.

29 avril. — Nuit a été bonne. M. Bar refait le pansement.

30 avril. — La température monte à 38°8, le pouls est à 120.

On ne trouve rien dans la gorge de la malade, rien aux poumons qui explique cette réaction générale.

1er mai. — Même état général sévère, lochies peu abondantes.

2 mai. — La température s'abaisse. Pansement. Au niveau du fil de sûreté, il sort du pus. On fait sauter le fil d'attente et le fil supérieur. On a une plaie de 2 centimètres. Il s'écoule une assez grande quantité de pus. Il semble que le pus vienne d'un foyer rétropariétal. Drainage.

4 mai. — L'examen du pus a montré la présence de nombreux leucocytes. Peu de microbes ayant la forme de diplocoques.

6 mai. — Les pansements sont renouvelés tous les jours. Le drainage se fait bien, pas de complications.

20 mai. — M. Bar examine la malade. Pas d'adhérence de l'utérus, la suppuration est purement d'origine pariétale.

OBSERVATION III

(Publiée par Hardouin dans les *Archives générales de Chirurgie*, décembre 1907.)

Fibrome enclavé du petit bassin. — Crises douloureuses au deuxième mois de la grossesse. — Myomectomie. — Guérison.

Mme X... âgée de vingt-huit ans, jouit d'une bonne santé habituelle. Réglée pour la première fois à quatorze ans, elle a continué à l'être régulièrement tous les mois depuis cette époque. Ses règles sont abondantes, durent une huitaine de jours et semblent avoir un peu augmenté depuis quelques mois. Elle n'a jamais eu de métrorragie.

Mariée il y a six mois, elle a une suppression de règles au bout de deux mois et a présenté alors tous les signes habituels d'une grossesse au début, quelques vomissements, pigmentation et augmentation de volume des seins. Mais bientôt sur ces symptômes de grossesse sont venus se greffer des malaises plus sérieux qui, par leur persistance et leur intensité, ne tardèrent pas à inquiéter la malade et son entourage. Des douleurs vives dans le bassin, irradiées aux cuisses et aux lombes, accompagnées de fréquents besoins d'uriner, une constipation opiniâtre jointes à un etat de dépression et de fatigue extrêmement marqué obligent la malade à venir consulter et à entrer dans une maison de santé de Rennes, en mars 1905.

A l'examen de cette femme, nous constatons par le palper que tout le bassin est occupé par une tumeur arrondie assez régulière, dure, résistante, immobile à la palpation. Le volume de cette masse est comparable à celui d'une tête de fœtus à terme. Elle fait saillie à deux ou trois travers de doigt au-dessus du détroit supérieur. Matité complète.

Le toucher vaginal permet de constater que le col de l'utérus, très ramolli, est fortement dévié de sa situation normale, refoulé en avant sous la symphyse et notablement abaissé.

En arrière, en portant le doigt dans le cul-de-sac postérieur, on sent nettement une masse pseudo-élastique donnant une sensation un peu mollasse sous le doigt. Au contraire, en avant, nous constatons la présence d'une tumeur volumineuse, dure, faisant corps avec l'utérus. Cependant un large sillon de séparation existe en ce point au-dessus du col. Le palper associé au toucher permet d'étudier complètement la tumeur et de délimiter ses dimensions, sa forme, ses rapports. On constate ainsi que cette tumeur est complètement immobilisée, enclavée dans le bassin, l'utérus est situé en arrière, la partie antérieure étant constituée par une masse en continuité avec l'utérus.

Le diagnostic porté est : fibrome de la paroi antérieure de l'utérus compliqué de grossesse et enclavé dans le bassin.

L'état général n'est pas mauvais, pas d'albumine dans l'urine. En présence des troubles présentés par la malade et devant la certitude d'un avortement précoce si on laisse les choses dans l'état, étant donne, d'autre part, les dangers auxquels serait exposée la mère du fait de cette fausse couche

dans les circontances actuelles, nous nous décidons à intervenir.

L'opération est pratiquée le surlendemain (M. le professeur Dayot, opérateur et M. Hardouin, chef de clinique, comme aide). Laparatomie sous-ombilicale large.

Nous tombons sur la tumeur qui présente bien tous les caractères d'un fibrome utérin, et avec quelques efforts nous arrivons à désenclaver la masse et à l'attirer au-dehors. Nous constatons alors que nous sommes en présence d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, du volume d'environ deux poings. La tumeur fait absolument corps avec la paroi utérine formant une saillie hémisphérique en avant sans posséder à proprement parler de pédicule.

Nous incisons les couches superficielles de la matrice jusqu'au fibrome et nous décortiquons aussi rapidement que possible la masse du néoplasme. Cette dissection conduit jusqu'au niveau de la muqueuse utérine, que nous apercevons flasque sous le doigt, au fond de la plaie, une fois le fibrome complètement énucléé.

Au moyen de 3 à 4 catguts en U passés profondément de part en part des deux côtés des lèvres de la plaie nous capitonnons sommairement la perte de substance, un surjet à la partie superficielle assure la péritonisation. Au moment de tout réduire, dans le ventre nous constatons qu'en désenclavant la masse, un petit fibrome de la grosseur d'un œuf de poule, siégeant sur le fond de l'utérus, a été arraché, laissant malheureusement une plaie de la largeur d'une pièce de 2 francs, très saignante. C'est à grand'peine, et après de nombreux passages de fils que nous pouvons arriver à arrêter en partie l'hémorragie, l'utérus continuant à saigner par les

trous faits avec l'aiguille. Aussi, à notre grand regret, sommes-nous obligés de tamponner légèrement le fond de l'utérus avec deux mèches de gaze, puis nous refermons enfin la paroi abdominale, sauf en bas pour le passage de nos mèches. Dans l'après-midi, on donne à la malade un lavement avec XXX gouttes de laudanum.

Le lendemain matin, le pansement est refait. Il a été souillé par un liquide noirâtre abondant qui a coulé entre les mèches, montrant bien qu'il s'est produit un suintement intra-péritonéal abondant. On enlève une des mèches.

La malade est très fatiguée, déprimée, mais le pouls est bien frappé. Pas de température. Vingt-quatre heures après, ablation de la seconde mèche. La malade se sent mieux, elle n'a aucune douleur dans le ventre, seulement une vague sensation de gêne. Nous insistons pour qu'elle garde une immobilité absolue.

A partir de cette date, rien de particulier à signaler et, trois semaines après l'intervention, la plaie était complètement cicatrisée. A ce moment, la malade a présenté quelques malaises se traduisant par de la céphalée, un peu de température le soir, des vomissements et un peu d'albumine. C'est dans cet état qu'elle a tenu à quitter la maison de santé cinq semaines après son opération, pour rentrer chez elle. Après un repos d'une quinzaine de jours, ces troubles ont complètement disparu et la malade a continué normalement sa grossesse.

Elle est accouchée à terme d'un enfant du sexe masculin, du poids de 3 kgr. 300. Le travail a été normal. La tête ayant quelques difficultés à franchir le périnée, le méde-

cin fit une application de forceps et sortit facilement l'enfant.

Par contre, en nous donnant ces détails sur l'accouchement, il ajoutait avoir été obligé de pratiquer une délivrance artificielle qui fut particulièrement pénible par suite de l'adhérence extrême du placenta à la paroi utérine.

Les suites de couches ont eu lieu sans incident. La mère et l'enfant sont actuellement en bonne santé.

OBSERVATION IV

(Publiée par M. Alban Doran, chirurgien du Samaritan free Hospital, *The Journal of Obstetrics and Gynæcology of the British Empire*, novembre 1905).

Fibrome de la paroi postérieure et du fond de l'utérus enclavé dans le petit bassin. — Grossesse de deux mois et demi. — Myomectomie. — Guérison. — Accouchement normal à terme.

L. W..., vingt-huit ans, me fut envoyée le 16 décembre 1904 par le Dr P. H. Ross, de Westeliff-on-Sea, qui m'écrivit que la malade souffrait d'un fibrome de l'utérus et était enceinte de deux mois. La tumeur reposait dans le petit bassin et était incompatible, d'après lui, avec un accouchement normal à terme.

A l'examen de la malade je trouvais que la plus grande partie de l'abdomen était distendue par une masse bilobée, remontant presque à l'ombilic. Le lobe droit était très souple, mou comme un utérus gravide, le lobe gauche était beaucoup plus dur.

Les deux lobes étaient séparés par une dépression nette en haut. Mais, plus bas, il n'y avait pas de séparation entre eux.

Le col était repoussé à droite par une masse ferme et convexe qui occupait entièrement la moitié gauche du bassin.

Le col se continuait avec le lobe droit de la tumeur abdominale et la masse convexe avec le lobe gauche de cette tumeur.

La malade, mariée depuis quatre ans et demi, avait eu des règles régulières jusqu'au 14 octobre 1904, époque où elles cessèrent complètement. Aucun antécédent pathologique sérieux. Bon état général lorsque nous l'examinons.

J'opérais la malade le 29 décembre 1904. Lorsque l'incision abdominale fut faite, l'utérus gravide fut mis à nu ; je découvrais alors une tumeur solide irrégulière, avec de larges veines sur son enveloppe. Elle reposait sur le côté gauche de l'utérus, mais s'étendait aussi considérablement en arrière de lui. Elle était maintenue en bas par des adhérences épaisses. En arrière et à gauche par une bride. Lorsque la tumeur fut isolée, je trouvais qu'elle se continuait avec la paroi postérieure et le fond de l'utérus. La zone de jonction avait environ trois pouces de diamètre. Enfin il s'agissait d'un fibrome sessile sous-séreux.

Je fis une incision circulaire dans la capsule à 1 centimètre de l'utérus et j'énucléais la tumeur. L'hémorragie fut moins abondante que je n'attendais, et les points saignant furent facilement arrêtés par la forcipressure. La capsule était constituée par une épaisse séreuse et une mince couche musculaire. Je réunis les lèvres de la plaie par une suture aux points séparés faite avec du catgut fin. Une grosse artère fut

liée au catgut fort. La tunique séreuse fut refermée avec un surjet de catgut.

Suture de la paroi à la soie en un plan.

23 juillet 1905. — Le Dr Ross m'informait que la malade avait accouché le 15 juillet d'une fille. Le travail fut pénible et dura trente-six heures. L'enfant pesait 7 livres. L'involution de l'utérus s'accomplit tout à fait normalement. Les suites de couches furent parfaites.

OBSERVATION V

(Rapportée par Marois, in *Bulletin médical de Québec*, 1905-1906.)

Utérus fibromateux compliqué de grossesse. Myomectomie.

Mme D..., âgée de trente-huit ans, a été réglée pour la première fois à quatorze ans. Ses règles duraient trois ou quatre jours étaient douloureuses. Ces douleurs apparaissaient deux jours, avant le début des règles et persistaient pendant tout le temps de l'écoulement. La menstruation a toujours été régulière, survenant toutes les quatre semaines. Depuis son mariage elle a eu un peu de leucorrhée intermittente. Rien de remarquable dans ses antécédents héréditaires et personnels. Mariée depuis onze ans, elle a eu un enfant il y a dix ans dont l'accouchement fut long et laborieux et dura près de quarante-huit heures. A la suite elle eut une fièvre puerpérale. Elle est restée au lit pendant quatre semaines.

Un an après la malade a eu une fausse couche de deux

mois. Dernières règles au milieu de juin 1905. Au commencement d'août 1905 la malade a des nausées le matin quand elle est à jeun ; elle s'aperçoit à ce moment que ses seins augmentent de volume et que la pression sur le mamelon fait sortir quelques gouttes de colostrum. Vers la fin de ce même mois elle commence à éprouver de la douleur dans les reins et le bas-ventre, douleur inconstante, le plus souvent calmée par le repos au lit, et s'irradiant vers les membres inférieurs. Cette douleur augmente graduellement depuis ce temps ; elle est tellement intense aujourd'hui que la malade ne peut ni marcher ni s'asseoir ; elle se tient constamment sur le dos et immobile, car le moindre mouvement réveille ou exagère la douleur.

Au mois de septembre la malade est examinée par son médecin qui lui trouve une tumeur douloureuse de l'abdomen. Sur son conseil la malade vient à l'hôpital. Depuis lors la tumeur est devenue perceptible à la malade elle-même et elle nous affirme qu'elle s'accroît rapidement.

Le plus souvent les selles sont diarrhéiques et fétides. Les mictions sont fréquentes, 2 ou 3 la nuit, 7 ou 8 le jour et parfois douloureuses.

La malade souffre d'hémorroïdes. La température est à 38 le soir et normale le matin. Le pouls est petit, rapide, 105 à 110 pulsations à la minute. Rien d'anormal dans les urines. L'appétit a considérablement diminué. Elle ne prend guère que du lait, car les autres aliments lui causent des douleurs à l'estomac. Aussi a-t-elle maigri beaucoup.

A l'inspection du ventre on remarque une tumeur évidente uniformément développée, occupant le milieu de l'hypogastre.

Au palper, elle est rénitente et lisse dans sa partie supé-

rieure; mais en bas, à l'entrée du bassin, on trouve des bosselures qui se constatent mieux par le toucher vaginal combiné au palper.

Par cet examen, il est facile de les percevoir, occupant le côté droit, appuyées sur le détroit supérieur, dures, fixes, ayant des rapports intimes avec la tumeur principale. En outre, la muqueuse vaginale est bleuâtre, violacée, le col de l'utérus, situé très haut, près de la symphyse pubienne est un peu ramolli.

Les culs-de-sac latéral gauche et postérieur sont complètement libres. Le diagnostic de fibrome compliqué de grossesse, paraît évident.

Faut-il laisser la malade dans cette position jusqu'au terme de sa grossesse ou intervenir immédiatement? Autrement, les fibromes qu'elle porte forment-ils un obstacle sérieux au développement de la grossesse et à l'accouchement. Il n'y a pas de doute qu'en laissant la grossesse suivre son cours sans aucune intervention, cette malade était exposée à un accouchement prématuré et par conséquent à la mort à peu près certaine de son enfant; ou la grossesse arrivant à son terme normal, les fibromes, vu leur situation sur la face antérieure de l'utérus, en arrière du pubis, auraient été un obstacle infranchissable pour l'accouchement par les voies naturelles.

L'état de souffrance dans lequel était la malade lui a fait accepter l'intervention. Laparotomie : on trouve un utérus gravide de quatre mois et demi environ ; deux fibromes sous-péritonéaux : l'un de la grosseur du poing, l'autre un peu plus petit, situés sur le segment inférieur et antérieur de l'utérus à droite de la ligne médiane, en arrière du pubis.

Ces deux fibromes auraient certainement été un obstacle à l'accouchement à terme. On pratique facilement la myomectomie; un troisième petit fibrome situé sur le fond de l'utérus a aussi été enlevé. Les suites opératoires furent normales. La malade guérit. La grossesse a continué.

OBSERVATION VI

(Publiée par Bilhaut, *Annales de Chirurgie et d'Orthopédie*, 1906.)

Myomectomie pratiquée au cours d'une grossesse sans interruption de la gravidité

La femme fut examinée à la fin de juillet 1905, par le Dr G... qui diagnostiqua grossesse probable au début compliquée de tumeur fibreuse.

Cette tumeur était enclavée dans le petit bassin ; ses contours étaient arrondis et donnaient au toucher une sensation se rapprochant de celle du fibrome. En combinant le toucher vaginal avec le palper abdominal, on trouvait que la tumeur était assez mobile et en outre qu'elle était parfaitement lisse sur toute son étendue. Il y avait toutefois un doute à conserver au sujet de sa consistance ; elle paraissait un peu trop molle pour que l'on pût conclure en toute certitude en faveur d'un fibrome; il est vrai que la densité des fibromes varie suivant leur structure. Une poche de liquide un peu tendue eût toutefois donné des sensations à peu près analogues. De sorte que le diagnostic de la nature de la tumeur demeura incertain. Il pouvait, en somme, être question d'une collection de la trompe, ou d'un kyste ova-

rique de petit volume. On pouvait même songer à une grossesse tubaire.

Le col de l'utérus était ramolli comme au début d'une grossesse.

Pas d'écoulement leucorrhéique et surtout retard dans les règles.

Enfin, augmentation de volume de l'utérus comme dans une grossesse allant atteindre le deuxième mois.

Un caractère qui ressortait très nettement de l'examen, c'était la démarcation évidente entre la tumeur, d'une part et l'utérus, d'autre part. Les limites respectives étaient faciles à préciser : l'utérus était légèrement dévié à gauche ; la tumeur se trouvait située plus à droite et son extrémité supérieure dépassait sensiblement le fond de la cavité utérine.

Le Dr G..., prescrivit le repos et demanda à revoir la malade dès qu'il serait rentré de vacances.

La malade entra entre temps à l'hôpital où elle fut examinée par M. Bilhaut. Celle-ci présentait du côté de l'abdomen des troubles inquiétants. Douleurs persistantes, se produisant spontanément, s'exagérant à la palpation ; ballonnement du ventre ; élévation vespérale de la température ; pouls fréquent, misérable, anorexie complète.

Une fois mon examen terminé, il était intéressant d'apprendre de mon confrère quelle impression lui produisait sa malade. Je lui montrai la malade. A son avis, la tumeur était plus facile à trouver, mais son volume n'avait pas augmenté sensiblement ; au contraire, l'utérus s'était développé ; le fond qui dépassait à peine la symphyse pubienne lors de son premier examen remontait à trois bons travers de doigts au-dessus. Il était à peu près à mi-chemin entre le

pubis et l'ombilic. Pas de ballottement du fœtus. Signes habituels de la grossesse : absence de règles, état du col, développement de l'utérus coïncidant avec une grossesse de quatre mois, développement des seins, léger suintement à la pression du mamelon.

On porte le diagnostic de fibrome et de grossesse.

Comme les douleurs restent localisées à la tumeur, on pense qu'elle est le siège de phénomènes inflammatoires.

8 septembre 1905. — Laparotomie : l'utérus gravide présente un fond parsemé de veinules variqueuses. A droite de l'utérus, un fibrome d'aspect violacé, mobile, pédiculé et doué de mouvements étendus. Une légère traction l'attire hors de la cavité abdominale.

Taille d'une collerette à 2 centimètres environ de l'implantation du pédicule. Evidement conoïde, en ayant soin de ne pas dépasser le pédicule. Ablation. Quelques points formant suture en bourse assurent l'hémostase définitive.

A côté de ce fibrome il en existe un second gros comme une aveline supporté par un mince pédicule. J'ai une ligature au catgut sur la partie du pédicule qui confine au fibrome, un coup de ciseau et suture de la surface de section. Je referme la cavité abdominale après m'être assuré de la parfaite étanchéité des deux moignons.

Suites opératoires furent bonnes : dès le lendemain la température tomba, le pouls devint normal ; retour des fonctions digestives et disparition des douleurs. La malade quitta l'Hôpital International de Paris à la fin de septembre en parfaite santé. La grossesse continua.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Recueillie par M. le Dr Chifoliau.)

Myomectomie au cinquième mois de la grossesse
Guérison. Accouchement à terme.

Mme R..., âgé de trente-six ans, modiste, entre à l'hôpital de Lariboisière le 14 avril 1913.

La malade ne présente rien de spécial à signaler dans ses antécédents personnels et héréditaires. Elle a eu ses premières règles à treize ans. Celles-ci étaient abondantes, un peu douloureuses, et duraient quatre à cinq jours. Après son mariage, les règles ne furent pas modifiées.

Elle a eu ses dernières règles au mois de décembre 1912. Vers la même époque sont apparus quelques vomissements. Les seins ont augmenté de volume. La malade se sait enceinte de cinq mois lorsqu'elle entre dans le service. C'est sa première grossesse. Jamais elle n'a fait de fausse couche.

Depuis le début de sa grossese, elle déclare souffrir du ventre. Les douleurs siègent surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Ces douleurs sont peu intenses, caractérisées par une sensation de pesanteur continuelle. Vers le 10 avril 1913, les douleurs sont brusquement devenues plus violentes et elles ont persisté avec la même intensité jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

L'interrogatoire nous apprend également que la malade présente des troubles de la miction, et de la constipation.

A l'examen on constate une augmentation de volume du

ventre. On sent par le palper abdominal une tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic et que l'on délimite facilement. Cette tumeur est molle et semble correspondre à l'utérus gravide. En avant d'elle et un peu à gauche de la ligne médiane on délimite une autre tumeur plus petite, dure, qui se détache en saillie sur la précédente et paraît faire corps avec elle.

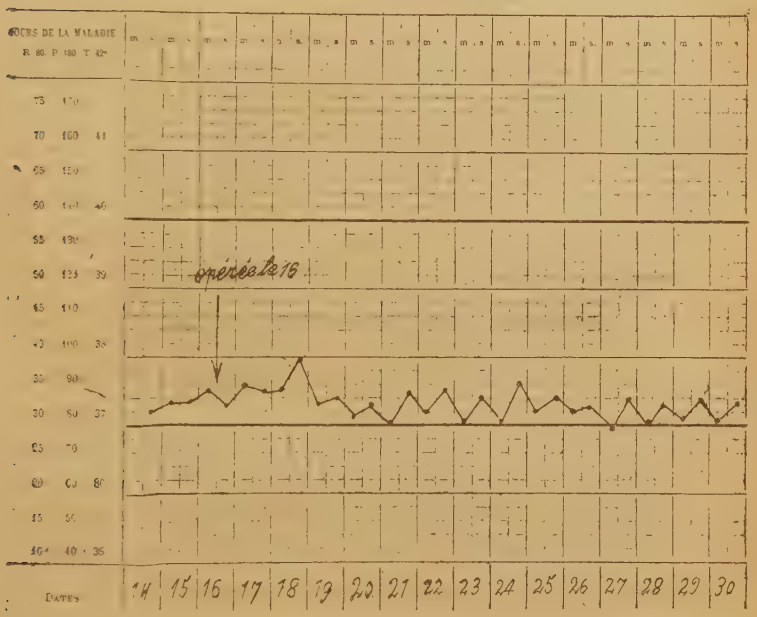
Le toucher vaginal permet de sentir un col mou. On se rend compte par le palper bimanuel que la grosse tumeur abdominale est bien l'utérus. Le doigt vaginal trouve d'autre part dans le cul-de-sac postérieur une masse dure, irrégulière. Cette masse n'est pas absolument immobile ; mais on la dépasse fort peu et elle paraît enclavée dans le petit bassin.

L'état général de la malade est bon : à aucun moment elle n'a eu de température.

En présence des douleurs persistantes et plus violentes, on décide d'opérer la malade.

16 avril 1913. — Anesthésie au chloroforme. Laparatomie médiane sous-ombilicale. On trouve un utérus gravide de cinq mois environ. Sur la face antérieure de celui-ci on aperçoit une tumeur fibreuse, interstitielle, grosse comme deux poings, au-dessous d'elle il existe un petit fibrome que l'examen n'avait pas révélé. Il est pédiculé. Son pédicule est mince et s'implante bas sur le segment inférieur de l'utérus. Enfin on énucle hors le petit bassin un troisième fibrome un peu moins gros que le fibrome interstitiel de la face antérieure. Ce fibrome s'insère par un pédicule très bas au niveau du segment inférieur de l'utérus. C'est lui qu'on sentait très nettement par le toucher vaginal.

On enlève d'abord le fibrome postérieur; la surface de section saigne beaucoup ; mais l'hémostase est enfin assurée par des catgut profonds et superficiels passés dans le pédicule. On sectionne ensuite le pédicule du petit fibrome antérieur. Puis on aborde le gros fibrome interstitiel de la face antérieure. Incision de la séreuse et des couches musculaires



superficielles sur la tumeur, recherche du plan de clivage. Énucléation. La cavité utérine n'est pas ouverte. Capitonnage de la cavité laissée par l'ablation de la tumeur fibreuse.

Suites opératoires furent bonnes. Au quatrième jour après l'opération, la température monta à 37°9 ; puis tomba le lendemain à 37 degrés pour y rester le temps que la femme passa à l'hôpital. Pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'intervention, il fut fait chaque jour une piqûre

de morphine. Au quatrième jour, la malade eut une garderobe. Pas de vomissements, pas de coliques ; la malade quitta l'hôpital guérie le 1er mai 1913, ne souffrant plus, n'étant plus constipée, ne présentant plus de troubles de la miction. La grossesse continua. La femme fut accouchée par le Dr Kakn. L'accouchement eut lieu à terme, fut normal. Suites de couches excellentes.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poirier à Tenon.)

Myomectomie au quatrième mois de la grossesse Guérison. — Accouchement à terme

Mme P..., âgée de trente-sept ans, entre à l'hôpital le 22 février 1905.

La malade ne présente rien de particulier à signaler dans ses antécédents personnels et héréditaires. Elle a eu ses premières règles à douze ans. Elles étaient peu abondantes, duraient trois jours, n'étaient pas douloureuses.

La femme a eu ses dernières règles au début de novembre 1904.

Elle se sait enceinte. Elle a d'ailleurs présenté les petits troubles qui marquent le début des grossesses : état nauséeux, picotements du mamelon, augmentation du volume du sein. C'est sa première grossesse.

Depuis quelque temps, la malade éprouve des douleurs abdominales siégeant au niveau du bas ventre et irradiant vers la région lombaire. Ces douleurs sont parfois assez

vives, caractérisées par des tiraillements. En même temps il lui semble sentir une tumeur qui se développe rapidement. C'est pour ces motifs qu'elle vient consulter. La malade n'a jamais présenté ni constipation, ni troubles de la miction.

L'examen montre une augmentation de volume du ventre anormal pour une grossesse de quatre mois. On sent, par le palper abdominal, une tumeur qui remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Cette tumeur que l'on délimite assez bien est molle dans presque toute son étendue. Mais en un point elle présente une consistance plus dure ; on sent en saillie une masse irrégulière ; cette tumeur plus petite fait corps avec la précédente.

Le toucher vaginal montre un col mou, des culs-de-sac libres. Le palper bimanuel montre que la grosse tumeur abdominale est bien l'utérus. La petite tumeur sentie en avant de lui lui adhère intimement et subit les mêmes déplacements.

A cause du développement rapide de cette tumeur, l'intervention est décidée. Myomectomie pratiquée pour un fibrome interstitiel gros comme deux poings situé dans la paroi antérieure de l'utérus un peu à droite de la ligne médiane. Après énucléation on croit apercevoir dans le fond de la plaie le placenta. L'hémorragie, en tout cas, est abondante malgré les ligatures. L'hémostase est enfin assurée par le capitonnage de la cavité fait avec des points profonds et superficiels.

Drainage de la cavité abdominale. Suites opératoires furent bonnes. La femme quitta l'hôpital guérie. La grossesse continua. L'accouchement eut lieu le 1er juillet 1905.

Travail lent, dilatation bimanuelle, application de forceps pour inertie utérine. Enfant vivant, pesant 3.5oo grammes. Délivrance normale. Suites de couches bonnes. L'enfant et la mère ont quitté la maternité le 3o juillet en bonne santé.

OBSERVATIONS (Résumées)

OBSERVATION I

(Prise dans le service de M. le Dr Delagenière, rapportée dans la thèse de Turner, 1900.)

Femme âgée de trente-six ans, réglée à quatorze ans, mariée à trente-cinq ans, primipare. La femme a vu ses dernières règles à la fin d'octobre 1898. Au bout d'un mois constipation opiniâtre en même temps que se développe rapidement une tumeur. Cette tumeur soulève la paroi abdominale à droite, elle est dure, arrondie, grosse comme deux poings, fait corps avec l'utérus. Elle n'est pas douloureuse à la pression. Le col est conique, un peu ramolli. L'utérus globuleux est volumineux.

Mais la malade présente des plaques rouges au niveau des mains et de la figure. Le pouls est intermittent.

21 janvier 1899. — *Opération.* — Au troisième mois de la grossesse, on trouve une tumeur fibreuse largement implantée sur le fond et la corne droite de l'utérus.

On taille une collerette en avant et en arrière et on arrive à énucléer la tumeur. Hémostase soignée. Surjet de catgut en capiton reconstitue muscle utérin ; un nouveau surjet affronte les lèvres de la plaie utérine. Le soir de l'opération,

bon état général. Dans les jours suivants, élévation de la température, intermittences du pouls. Mort au neuvième jour après l'opération.

OBSERVATION II

(Prise dans le service de M. Bouilly, rapportée dans la thèse de Grosse, 1902-1903.)

Femme âgée de trente-cinq ans, réglée à treize ans. Une fausse couche de trois mois à vingt ans. La malade entre le 6 novembre 1901 dans le service. Les dernières règles remontent à trois mois.

On trouve une tumeur dure, étalée surtout du côté droit de l'abdomen, remontant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La surface est mamelonnée et irrégulière.

Par le toucher vaginal il est impossible de sentir le col utérin. On trouve dans le fond du vagin une tumeur volumineuse, de consistance fibreuse, enclavée dans le petit bassin.

La malade opérée le 11 janvier, au cinquième mois de sa grossesse, on trouve à l'ouverture du péritoine un utérus gravide repoussé à gauche par un fibrome utérin lobulé qui adhère aux organes voisins et qui s'insère par un pédicule sur la partie latérale droite de l'utérus près du fond.

Myomectomie. Dans les jours suivants, mauvais état général. Mort le 16 janvier, cinq jours après intervention.

OBSERVATION III

(Routier, Société de Chirurgie, 16 avril 1902.)

Intervention chez une femme enceinte de six mois pour accidents brusques, comparables à ceux que produit la torsion d'un kyste sur son pédicule. Le ventre ouvert, on vit qu'on avait affaire à un fibrome pédiculé tordu. Myomectomie. Avortement. Mort subite le cinquième jour.

OBSERVATION IV

(Duncan-Emmet, *Semaine gynécologique*, octobre 1901.)

Femme enceinte dont l'utérus est bourré de fibromes dont deux au niveau du col auraient rendu l'accouchement impossible. Myomectomie pendant la grossesse. On retire successivement neuf fibromes. Continuation de la grossesse. Accouchement à terme.

OBSERVATION V

(Becking, rapporté par Treub, *Archives de Tocologie*, 1894.)

Fibrome utérin. Grossesse de quatre mois et demi. Réaction péritonéale. Myomectomie abdominale à quatre mois et demi de la grossesse. Accouchement un peu avant le terme normal.

OBSERVATION VI

(Routier, *Annales de Gynécologie*, 1890.)

Grossesse de trois mois compliquée de fibrome utérin. Douleurs abdominales ; utérus gravide aplati par le fibrome dont il gêne le développement. Le fibrome utérin pesant 2.415 grammes, réniforme, s'étend du pubis au diaphragme sur lesquels il repose par ses extrémités. Pédicule inséré sur le fond de l'utérus, de la grosseur du poing. Myomectomie.

L'utérus débarrassé de la tumeur prit de suite un développement marqué et la grossesse continua.

OBSERVATION VII

(Guinard, *Annales de Gynécologie*, 1893.)

Grossesse compliquée de fibrome. Celui-ci est inclus dans le ligament large et remplit le petit bassin. Accouchement impossible par les voies naturelles. Énucléation de la tumeur.

Accouchement à sept mois et demi.

OBSERVATION VIII

(Treub, *Arch. de tocologie*, 1894.)

Fibrome utérin inclus dans le ligament large.

Douleurs abdominales, mictions fréquentes et pénibles décident de l'opération. Grossesse de sept semaines. Myomectomie. Guérison. Accouchement d'un enfant vivant.

OBSERVATION IX

(Landau, *in* Thumin.)

Fibrome pédiculé de l'utérus qui s'accroît très rapidement, douleurs dans le bas-ventre, les membres inférieurs, constipation opiniâtre ; difficulté de la miction. Grossesse de trois mois. Myomectomie abdominale. Guérison, accouchement à terme.

OBSERVATION X

(Landau, *in* Thumin.)

Fibrome utérin sous-péritonéal occasionnant de vives douleurs dans le ventre, les membres inférieurs, mictions impérieuses et douloureuses ; la malade ne peut accomplir son travail, et est alitée depuis deux semaines. Grossesse de deux à trois mois. Myomectomie. Guérison, accouchement à terme.

OBSERVATION XI

(Van Hasselt, *Semaine gynécologique*, 1898.)

Fibrome utérin de la paroi postérieure de l'utérus, augmentant rapidement de volume, enclavé dans la concavité du sacrum. Ventre douloureux, rétention d'urine. Myomectomie vaginale au troisième mois de la grossesse qui évolua normalement jusqu'à terme.

OBSERVATION XII

(Condamin, *Lyon médical*, 1904.)

Femme âgée de trente-trois ans, réglée à seize ans. Grossesse de deux mois et demi. Se plaint de douleurs dans le ventre. L'abdomen est gros. On sent une masse sur la ligne médiane. Au toucher le col est mou, le cul-de-sac gauche est douloureux ; l'utérus volumineux et en arrière de lui, lui adhèrent une grosse masse qui en épouse les mouvements.

On trouve à l'ouverture du ventre un fibrome sous-péritonéal, pédiculé, fixé sur la face postérieure de l'utérus. Myomectomie. Guérison. La grossesse a suivi son cours normal. L'accouchement eut lieu à terme sans incident.

OBSERVATION XIII

(Condamin, *Lyon médical*, 1904.)

Grossesse de deux mois compliquée de fibrome.

Celui-ci est inclus dans le ligament large.

Myomectomie. Au deuxième jour la femme fit une fausse couche.

OBSERVATION XIV

(Condamin, *Lyon médical*, 1904.)

Femme de trente-quatre ans. Réglée à quinze ans. Grossesse au cinquième mois compliquée de fibrome sessile sous-péritonéal implantée sur la partie antéro-latérale droite de

l'utérus. Crises douloureuses violentes, nausées, vomissements. Myomectomie. Guérison. La grossesse a suivi un cours normal.

OBSERVATION XV

(Maygnier, Société d'Obstétrique de Paris, 1911.)

Fibrome pédiculé compliquant une grossesse au sixième mois. Intervention est décidée pour accidents graves : douleurs, vomissements, constipation, ballonnement du ventre. Tumeur fibreuse à pédicule tordu. Myomectomie. Guérison Accouchement prématuré, un mois après intervention. L'enfant très vivace est mis en couveuse et semble devoir s'élever.

OBSERVATION XVI

(Ribemont-Dessaigne et Grosse, Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie, 1904.)

Fibrome pédiculé de l'utérus gravide. Au quatrième mois de la grossesse, accidents de torsion. Myomectomie. Guérison. La grossesse a continué d'évoluer. L'accouchement eut lieu à terme. Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XVII

(Lepage, *Annales d'Obstétrique et de Gynécologie*, février 1906.)

Femme âgée de vingt-sept ans, primipare. Dernières règles du 1er au 4 avril 1902. Au quatrième mois de sa grossesse, la femme est prise de violentes douleurs abdominales, on craint l'avortement. L'opération est décidée. A l'ouverture du ventre on trouve un utérus gravide, tendu sur son axe. Cette torsion de l'utérus est due à la présence d'une tumeur fibreuse sénile, implantée sur la face antérieure du corps utérin, à 3 centimètres au-dessous du fond. Myomectomie. Guérison. La grossesse continua à évoluer. Accouchement à terme d'une fille pesant 3 kilogrammes, après treize heures de travail. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVIII

(Lepage et Mouchotte, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1906.)

Fibrome pédiculé, implanté sur la corne droite de l'utérus. Au deuxième mois de la grossesse, apparition de douleurs violentes survenant par crises. Ces crises douloureuses se répètent pendant le troisième et le quatrième mois. On opère la femme. On trouve une tumeur fibreuse, implantée par un pédicule large sur le fond utérin, la corne droite et la partie la plus externe de la face antérieure de l'utérus en avant du

ligament large. Sur le fond de la tumeur adhère une bride épiploïque congestionnée. Myomectomie. Guérison. La grossesse évolua sans incident. Accouchement à terme. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIX

(Lepage, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1906.)

Fibrome pédiculé, accidents de torsion au cinquième mois de la grossesse. M. Lepage conseille repos au lit et expectative armée.

La malade fut opérée au huitième mois de sa grossesse par M. Ricard : « Fibrome du volume du poing, implanté sur la partie latérale droite inférieure de l'utérus. Le pédicule était large comme une pièce de cinq francs. » Myomectomie. Guérison. Accouchement normal cinq semaines après l'intervention.

OBSERVATION XX

(Burty, Thèse de Paris, 1907-1908.)

Fibromes multiples de l'utérus gravide. Au troisième mois de sa grossesse, la malade éprouve douleurs dans le ventre. On sent une tumeur abdominale médiane, mobile, dure, bosselée, peu douloureuse, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Au toucher, le col est mou et entr'ouvert. L'utérus gros, sensible au palper est refoulé à droite et basculé dans le Douglas par la masse abdominale.

Laparotomie sous-ombilicale. On découvre implanté, sur la partie gauche de l'utérus, un fibrome gros comme une tête

de fœtus. A côté de lui est un petit fibrome pédiculé. Myomectomie. Guérison. Évolution normale de la grossesse, accouchement à terme.

OBSERVATION XXI

(David, *Semaine Gynécologique*, mars 1906.)

Femme âgée de vingt-cinq ans. Dernières règles du 17 au 20 octobre 1904. La femme entre le 25 janvier 1905 dans le service de M. Peyrot à Lariboisière pour des douleurs violentes, continues, siégeant dans la fosse iliaque droite et irradiant à tout l'abdomen. Voussure au niveau de la fosse iliaque droite. Par le toucher combiné au palper on reconnaît utérus gros comme un utérus de trois mois et on sent une tumeur paraissant indépendante de cet organe et située à sa droite. Cette tumeur arrondie dépasse en haut l'ombilic. A l'ouverture du ventre on reconnaît la présence d'un fibrome pédiculé, implanté sur la corne droite de l'utérus et tordu sur son pédicule. Myomectomie. Guérison. Un mois et demi après intervention, la grossesse continuait à évoluer. La femme n'a pas été revue après sa sortie du service.

OBSERVATION XXII

(Joubert, Thèse de Paris, 1907.)

Fibrome pédiculé implanté sur la corne gauche de l'utérus gravide. Au troisième mois de la grossesse, accidents brusques et graves de torsion ayant nécessité intervention. Myomec-

tomie. Guérison. Continuation de la grossesse et accouchement à terme.

OBSERVATION XXIII

(Joubert, Thèse de Paris, 1907.)

Fibrome pédiculé inséré un peu au-dessous de la corne droite de l'utérus. Vers la sixième semaine de la grossesse, début brusque de douleurs violentes syncopales. Pouls à 100, pas de température. Les crises se renouvellent à quelques jours d'intervalle et sont attribuées à une torsion du pédicule du fibrome. Myomectomie. Guérison : la grossesse a évolué normalement.

OBSERVATION XXIV

(Thorn, *Munchner med. Woch.*, 1905.)

Grossesse de trois mois. Apparition brusque de phénomènes péritonéaux. On trouve dans le bas-ventre une tumeur presque immobile accolée à l'utérus et très douloureuse. Laparotomie : utérus tordu sur son axe, avec implanté sur son côté droit un fibrome sous-séreux, gros comme un fœtus. Myomectomie. Guérison. Un mois avant terme la femme eut une perte et expulsa un fœtus mort depuis peu de temps.

OBSERVATION XXV

(Terrier, *in* Thèse de Laborowski.)

Une femme a eu ses dernières règles au mois de juin 1890. Au mois de juillet son ventre augmente rapidement de volume. En même temps apparaissent de vives douleurs abdominales, des nausées, des vomissements. On diagnostique un fibrome compliqué de grossesse. Gros fibrome pédiculé. Myomectomie. Suites opératoires furent bonnes. Mais apparition d'une phlébite. La malade sort guérie le 14 décembre 1910. Accouchement à terme. Enfant vivant pesant 2960 gr., suites de couches normales.

OBSERVATION XXVI

(Berthornier, Congrès de chirurgie, 1901.)

Femme de trente-cinq ans, porteuse d'un fibrome, devient enceinte. Tumeur augmente rapidement de volume. Elle s'allonge de l'appendice xiphoïde au pubis. Vomissements.

Opération en juin 1911. — On trouve fibrome dur, bosselé, irrégulier, adhérent à l'épiploon, à l'intestin grêle, au gros intestin. Libération difficile des adhérences. On voit alors que le fibrome s'insère par un pédicule moyen sur le fond de l'utérus. En essayant de libérer ce pédicule, tout le fond de l'utérus est enlevé d'une corne à l'autre : hémorragie très abondante.

Suture de la plaie utérine en deux plans : hémostase rela-

tive. Ablation d'un autre petit fibrome. Drainage suivant le procédé de Mickolick.

La malade a quitté l'hôpital vingt-huit jours après intervention. Guérison. Grossesse a suivi son cours. Accouchement à terme. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXVII

(Lembergsky (Odessa), *Roussky Vratch.*, t. X, n° 13, 26 mars 1911.)

Trente ans, primipare. Dernières règles il y a deux mois. Diagnostic de fibrome sous-séreux du fond de l'utérus au cours d'une grossesse de deux mois. On opère à cause du volume de la tumeur. Myomectomie. Malheureusement la cavité utérine fut ouverte et l'œuf mis à nu. Celui-ci fut enlevé à la curette tranchante. La cavité utérine touchée à la teinture d'iode, puis la paroi utérine refermée. Guérison.

OBSERVATION XXVIII

(Lembergsky, *Roussky Vratch.*, t. X, n° 13, 1911.)

Vingt-huit ans, primipare. Dernières règles il y a quatre mois. Diagnostic de fibromyome sous-séreux du fond de l'utérus et grossesse de quatre mois. On opère à cause des douleurs. Myomectomie. Suture de l'utérus. Guérison. Accouchement à terme.

OBSERVATION XXIX

(Lembergsky, *Roussky Vratch.*, t. X, n° 13, 1911.)

Trente ans, primipare. Dernières règles il y a trois mois. Diagnostic, d'abord sarcome de l'ovaire ; puis fibrome sous-séreux, compliquant une grossesse de trois mois. On opère à cause des douleurs très violentes de la croissance rapide de la tumeur. Myomectomie d'un gros fibrome sous-séreux et de cinq petits fibromes occupant la paroi postérieure de l'utérus. Guérison. Accouchement à terme.

OBSERVATION XXX

(Jacobson, citée par Lembergsky.)

Femme de trente-deux ans, multipare, entrée avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Examen permet de constater une tumeur de la grosseur de deux poings environ située à droite de l'utérus qu'elle refoulait. Celui-ci a le volume d'un utérus gravide de quatre mois et demi. De violentes douleurs laissant croire à l'existence d'une réaction péritonéale décident à intervenir. Énucléation du gros noyau fibromateux et de trois autres petits fibromes. Guérison. Accouchement à terme.

OBSERVATION XXXI

(Jastryembsky, citée par Lembergsky.)

Myomectomie pour fibromyome intra-ligamentaire du volume du poing pratiquée chez une femme à la fin du quatrième mois de sa grossesse. La tumeur remplissait l'orifice du bassin, repoussait l'utérus en haut et latéralement. La grossesse évolua normalement. L'accouchement eut lieu à terme.

OBSERVATION XXXII

(Bumm, *Gesellsch. für Geb. und Gyn. Zu.* Berlin, 28 octobre 1910, *in Zeitschrift für Geb. und. Gyn.*, 1911, t. LXVIII, 1e heft, p. 181.)

Grossesse de trois mois. Volumineuse tumeur qui remonte à l'ombilic et incompatible avec l'évolution normale d'une grossesse. L'opération est acceptée à condition d'être conservatrice. Énucléation d'un volumineux corps fibreux, puis de quatre noyaux de la grosseur du poing, enfin de deux autres plus petits. Grosse difficulté pour réparer les brèches utérines. Les fils coupent ; l'affrontement exact des lèvres de la plaie est impossible. Bumm utilise l'épiploon qui est long et mobile pour l'hémostase. Hémorragie cesse. La femme guérit. La grossesse continua à évoluer.

CONCLUSIONS

1° La myomectomie, comme les autres interventions chirurgicales, doit constituer une exception au cours de la grossesse.

2° Il ne faut la tenter qu'en présence d'accidents menaçant la vie de la mère et l'évolution de l'œuf. Les accidents n'ont pas tous la même valeur comme indication opératoire. Par ordre d'importance, ce sont : les troubles de compression de la vessie, des uretères, de l'urèthre, du rectum, les hémorragies, les réactions péritonéales, la torsion d'un fibrome pédiculé, les douleurs, les troubles de l'appareil circulatoire, le mauvais état général de la mère

3° La myomectomie a ses indications spéciales basées sur l'examen objectif de la femme plutôt que sur les troubles subjectifs qu'elle accuse. Avant de pratiquer une intervention conservatrice, il faut apprécier aussi exactement que possible le volume, le siège, les connexions du fibrome avec l'utérus gravide. Ces données sont faciles à connaître pour les fibromes du col toujours justiciables d'une

myomectomie ; plus difficiles pour les fibromes du corps et du segment inférieur.

En cas de fibrome pédiculé du corps utérin, il faut pratiquer la myomectomie ; en présence d'une tumeur sessile ou interstitielle, l'intervention conservatrice devra être tentée, mais elle est plus délicate.

Les fibromes du segment inférieur se laissent énucléer aisément quand ils sont bien limités, ou quand, pédiculés, on peut les attirer.

4° La myomectomie est contre indiquée dans les cas de fibromatose aiguë à marche galopante. En cas de fibromes multiples, peu nombreux, on peut tenter leur ablation. Quand le fibrome est volumineux, à implantation sessile ou interstitielle, on peut toujours courir les risques d'un myomectomie sous réserve de terminer l'opération par une hystérectomie s'il se produit une hémorragie abondante, ou si on ouvre la cavité utérine.

5° En présence d'accidents immédiatement graves on doit intervenir à toutes les périodes de la grossesse. Quand des complications menacent seulement sans constituer un véritable danger, il faut opérer avant qu'elles ne deviennent plus sérieuses.

6° Il y a donc un moment de choix pour pratiquer la myomectomie. On fera l'ablation des fibromes du col vers le cinquième ou sixième mois de la grossesse, à ce moment l'œuf est fixé et le fibrome commence

à s'hypertrophier ; les fibromes du corps et du segment inférieur seront énucléés du deuxième au troisième mois ;

7° Quand les complications sont légères et bien tolérées par les malades ou quand des accidents plus sérieux éclatent aux derniers temps de la grossesse, on peut essayer de temporiser jusqu'à la fin. Avant le début du travail on pratique la césarienne suivie ou précédée de la myomectomie ;

8° La technique opératoire de la myomectomie est simple, pourvu que la tumeur se laisse facilement extérioriser ;

9° On aborde les fibromes du col par voie vaginale ; les fibromes du corps par voie abdominale ; les fibromes du segment inférieur sont enlevés par l'abdomen quand ils dépassent le détroit supérieur et quand ils sont pédiculés ; dans les autres cas il faut les atteindre par voie transvaginale ;

10° La myomectomie vaginale est presque toujours exempte de complications. La myomectomie abdominale et transvaginale peut se compliquer d'hémorragies, d'infection d'avortement.

11° En général, les résultats opératoires sont encourageants tant pour la mère que pour l'enfant. La myomectomie est de toutes les opérations

que l'on peut tenter au cours de la grossesse, l'intervention de choix. Elle supprime le fibrome, améliore l'état de la mère et laisse presque toujours évoluer l'œuf.

Vu : le Président de la thèse,
RIBEMONT-DESSAIGNES

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Auvray. — Traitement des fibromes utérins (La Clinique, n° 24, 1908).

Alexandroff. — De l'intervention opératoire pour fibromyomes utérins pendant la grossesse (Chirurgica Moskowa, 1901, t. IV).

Bar. — Fibromes et grossesse (J. des Praticiens, n° 7, 1912).

Bérard. — Torsion de fibrome au cours de la grossesse (Bull. Société de Chir. de Lyon, 1908).

Bilhaut. — Myomectomie pratiquée au cours d'une grossesse sans interruption de la gravidité (Annales de Chir. et d'Orthopédie. Paris, 1906).

Blanchard. — Torsion du pédicule dans les fibromes utérins sous-séreux. Thèse de Paris, 1907-1908.

Boursier. — Fibrome et grossesse (Revue mensuelle de Gyn. de Bordeaux, 1903).

Burty. — Contribution à l'étude des fibromes compliqués de grossesse. Thèse de Paris, 1907.

Buum. — Myomenukléation in der Schwaugerschaft (Gesellsch für Geb. und Gyn. Zu Berlin, 28 octobre 1910, in Zeitschrift für Geb. und Gyn.. 1911. t. LXVIII, f. 1, p. 181).

Couvelaire. — Myomectomie pendant la grossesse (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1910).

Chavannaz. — Fibromes utérins sphacelés au cours de la grossesse (Revue de Gynécologie, 1911, p. 147).

Condamin. — Myomectomie sur utérus gravide (Lyon médical, 1904).

Delagénière. — De la grossesse comme complication des fibromes de l'utérus (Archives provinc. de Chirurgie, 1895, p. 507 ; 1900, p. 69).

— Indications opératoires dans les cas de fibromes de l'utérus compliqués de grossesse (Congrès de Gynécologie de Nantes, 1901).

Delbet. — Fibrome et grossesse (Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1902).

Doran. — Myomectomy for fibrome during pregnancy (S. obst. et gyn. Brit. Emp. Londres, 1905).

Ducamp. — Myomectomie sur l'utérus gravide (Revue de Chirurgie, 10 nov. 1900, p. 779).

Faure (J.-L.). — Indications opératoires des fibromes utérins (Presse médicale, 1909, n° 13).

Faure (J.-L.) et *Siredey*. — Traité de Gynécologie.

Frankl (O.). — Beitrag zur lehre von uterus myom mit besonderer Berücksichtigungen der mucosa und derem Besiehungen zu den Blutengen und Gestationstrœmungen (Arch. f. Gyn. Bd. XCV, Helf 1, p. 269).

Grosse. — Grossesse compliquée de fibromes : indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse et pendant le travail. Thèse de Paris. 1902.

Guicciadi. — La Myomectomia in gravidanza. La Gynecologia, 1904).

Hardouin. — De la conduite à tenir dans la grossesse compliquée de fibrome de l'utérus (Archiv. générales de Chirg., 1907, n° 6, p. 502).

Herman-Legrand et Baron. — Myomectomie au cours de la grossesse (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1912, n° 2).

Hartman. — Myomenukleation aus dem gravidem uterus (Gyn. Rundschau 1912).

Hill. — Uterine fibromyomata complicating pregnancy (Ny. médical jour., 1910, n° 7).

Hofmeier. — Die myotomie, p. 76.

— Ueber den Einfluss der fibromyome des uterus auf die conception Schwangerschaft und Gebûst (Zeitschrift fur. Geb. und Gyn. Stuttgard, 1894, p. 199-256).

Hubbard. — Cesarean section of dystocia following myomectomy (Amer. jour. obst., mars 1905, p. 317).

Ihm (.E). — Die Myomuekrose Wæhrend der Schwangerschaft (Sammlung Klinischter Wortræge Gynækologie, nº 243-244, 1912).

Jamain. — Fibromes utérins et puerpéralité (Thèse de Paris, 1907, nº 571.

Jeannin. — Hystérectomie pour menaces imminentes de rupture utérine au cours du travail dans un cas de fibrome du segment inférieur chez une femme ayant subit une myomectomie au cours de sa grossesse (Bulletin de la Société d'Obstétrique, Paris 1911).

Keith. — The dangers and traetement of myoma of the uterus (The Lancet, 1908, nº 4425).

Landau (Th.) (Berlin). — Myom. bei schwangerschaft Geburt und Wochenbett.

Legueu. — Communication à la Société d'Obstétrique de Paris d'un cas de péritonite provoquée par un fibrome au cours d'une grossesse, mai 1911.

Lembergsky (M.-B.) (Odessa). — Casuistique de myomectomies pendant la grossesse (Roussky Vratch t. X, nº 13, 1911, p. 567-570).

Lepage et *Mouchotte.* — Torsion des fibromes pédiculés au cours de la grossesse (Annales de Gynéc. et d'Obstétrique, 1906).

Lobenstine (Ralph Valdo). — Fibromyomes de l'utérus compliquant la grossesse, le travail et la puerpéralité (Américan J. of. Obst. and Diseases of Women and Children, 1911, vol. LXIII, nº 397, p. 67).

Martin. — The dangers and treatment of myome of the uterus (The Lancet, 1908, nº 4423-4424).

Marois. — Utérus fibromateux compliqué de grossesse. Myomectomie (Bull. médical Québec, 1905-1906).

Marx. — Fibroïds tumors and pregnancy (American F. of. Obst., février 1905, p. 971).

Miknoff. — Conservative myomotomie in pregnavcy (Russ. Vracht. Saint-Petersbourg, 1905).

Moran. — Fibroïd tumors of the uterus complicating pregnancy, labor and the puerperium (the American J. of Obstetric a die of Wom. Child., 1911, t. XIII, n° 401).

Monod et *Vanverts.* — Manuel de technique opératoire.

Pinard. — Annales d'Obstétrique et de Gynécologie, 1901. Bulletins de la Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiâtrie, 1901).

Piquand et *Lemeland.* — Altérations des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité (Revue de Gynécologie, 1909, p. 437).

Potocki et *Sauvage.* — Communication à la Société d'Obstétrique de Paris, avril 1911, d'un cas d'hypertrophie rapide et précoce des fibromes utérins pendant la grossesse (Revue des Sociétés savantes. Annales de Gyn. et d'Obst., mars 1912).

Pozzi. — La Myomectomie abdominale (Presse médicale, 1908, n° 105).

— Traité de Gynécologie.

Ribemont-Dessaignes et *Lepage.* — Traité d'Obstétrique, p. 994, 995, 996).

Ribemont-Dessaignes. — Fibrome pédiculé de l'utérus gravide. Ablation du fibrome. Continuation de la grossesse (Communication à la Soc. d'Obst., de Gyn- et de Pédiâtrie de Paris. Bull. de la Société, 1904).

Ricard. — Traitement des fibromes (Gaz. des Hôpitaux, 1898, n° 83).

Schœpp (Ph.). — Ueber myomenukleation (Monatschrift fur Geburtshülfe und Gynækologie. Bd. XXXVI. Heft, 5, 1912).

Sitzenfreg. — Zur Bakteriologie und histologie fieberschafter uterus myom. (Arch. f. Gyn., 1911. Bd. XCIV. Hett, 1912).

Stratz. — Myomectomie pendant la grossesse (Revue analytique. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1906, p. 124).

Stouffs. —Fibrome pédiculé opéré chez une femme enceinte de cinq mois (Bull. Soc. belge Gyn. et Obst. Bruxelles, 1900, t. XI, p. 164, 165).

Tauffer. — Abhandlungen aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynækologie, t. II. fasc. 2. Karger, édit., Berlin, 1913.

Tixier. — Fibrome utérin développé dans le ligament large, grossesse de deux mois (Lyon médical, 1906, p. 749).

Thring. — Myomectomie and pregnancy (Australas Gaz. Sydney, 1904).

Turner. — Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques Thèse de Paris, 1900.

Vignard. — Utérus gravide compliqué de fibrome (Gaz. méd. de Nantes, 1905).

Webster. — Fibroïds, complicating pregnancy, myomectomy (Soc. Obst. New-York, 1905).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2772-14